

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poruchy příjmu potravy z pohledu učitelů vybraných středních škol  
Eating disorders from the perspective of teachers of selected secondary schools

Anna Vlčková

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.  
Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)  
Studijní obor: B ČJ-SPG

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy z pohledu učitelů vybraných středních škol potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22. 7. 2020

Ráda bych poděkovala PaedDr. Evě Marádové, CSc., za cenné připomínky, odborné rady a vstřícnost při vedení mé bakalářské práce. Chtěla bych také poděkovat všem pedagogům, kteří se podíleli na mé výzkumné práci. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, která mě po celou dobu studia podporuje.

## ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce jsou poruchy příjmu potravy, jejich zakotvení ve školních vzdělávacích programech a programech primární prevence středních zdravotnických škol a čtyřletých gymnázií. Cílem práce je porovnání informovanosti pedagogů vybraných středních škol o problematice poruch příjmu potravy a zjištění způsobu realizace prevence poruch příjmu potravy na takto různě zaměřených středních školách. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část si klade za úkol shrnout poznatky o poruchách příjmu potravy v co největší míře komplexnosti, zaměřuje se výhradně na problematiku poruch příjmu potravy u žáků a je východiskem k následnému dotazníkovému šetření. Praktická část se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy u žáků čtyřletých gymnázií a středních zdravotnických škol. V rámci výzkumného šetření porovnává informovanost pedagogů o problematice PPP a predikaci a realizaci prevence onemocnění v návaznosti na zpracování dané problematiky ve školních vzdělávacích programech a programech primární prevence obou typů škol. Výstupem jsou doporučení pro školy a pedagogy, která vyplývají z výsledků šetření.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Poruchy příjmu potravy, školní prostředí, školní vzdělávací programy, primární prevence

## ABSTRACT

The topic of this Bachelor Thesis is eating disorders, their embedding in school educational programs and primary prevention programs of secondary medical schools and four-year grammar schools. The aim of the work is to compare the awareness of teachers of selected secondary schools on the issue of eating disorders and to find out how to implement the prevention of eating disorders in such differently focused secondary schools. The Bachelor Thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part aims to summarize the knowledge about eating disorders in the greatest possible complexity, focuses exclusively on the issue of eating disorders of students and is the starting point for a subsequent questionnaire survey. The practical part focuses on the issue of eating disorders of students from four-year grammar schools and secondary medical schools. As part of the research survey, it compares educators' awareness of eating disorders issues and the prediction and implementation of disease prevention in connection with the processing of the issue in school education programs and primary prevention programs of both types of schools. The output is recommendations for schools and teachers, which result from the results of the survey.

## KEYWORDS

Eating disorders, school environment, school educational programs, primary prevention

# Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	9
<b>1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>9</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE .....	10
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE.....	11
1.3 PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ.....	12
1.4 ATYPICKÉ A JINÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.....	13
1.5 NOVÉ TYPY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	13
1.5.1 Ortorexie.....	14
1.5.2 Bigorexie .....	14
1.5.3 Drunkorexie.....	15
<b>2 PŘÍČINY VZNIKU PPP .....</b>	<b>16</b>
2.1 VĚK A POHLAVÍ.....	16
2.2 RODINA A GENETICKÉ FAKTORY .....	17
2.3 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY .....	18
2.4 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI A PSYCHOLOGICKÝ FAKTOR .....	18
2.5 ZÁJMOVÉ AKTIVITY A ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ .....	19
<b>3 PROJEVY PPP .....</b>	<b>20</b>
3.1 JAK POSTUPOVAT PŘI PODEZŘENÍ NA PPP U ŽÁKYNĚ .....	21
<b>4 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY .....</b>	<b>22</b>
<b>5 LÉČBA .....</b>	<b>23</b>
<b>6 PREVENCE PPP .....</b>	<b>24</b>
<b>7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ .....</b>	<b>25</b>
7.1 ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR .....	25
7.2 PREVENCE VZNIKU PPP VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ .....	25
7.3 PRIMÁRNÍ PREVENCE PPP – METODIKA MŠMT .....	26
<b>8 PROBLEMATIKA PPP V KURIKULU .....</b>	<b>28</b>
8.1 RVP PRO STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY .....	28

8.2	RVP PRO GYMNAZIA .....	29
9	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	30
	PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	31
10	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31
11	REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A POUŽITÉ METODY .....	31
12	VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	33
13	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE .....	33
14	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	82
14.1	KOMPARACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ ZE ČTYŘLETÝCH GYMNAZIÍ A STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOL .....	83
15	DOPORUČENÍ.....	85
	ZÁVĚR.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	88
	SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....	91
	POUŽITÉ ZKRATKY .....	93
	SEZNAM PŘÍLOH .....	97
	PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK .....	1

## Úvod

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří stále mezi závažná onemocnění, která mohou ohrozit zdraví dospívajících. Dívky navštěvující střední školy patří mezi vysoce rizikovou skupinu. Proto je velmi důležité, aby byla tato problematika zahrnutá ve školním kurikulu a aby pedagogové byli schopni rozpoznat příznaky onemocnění a věděli, jak postupovat, pokud by měli podezření, že některá z žákyň poruchami příjmu potravy trpí.

Cílem bakalářské práce je porovnat dva různě zaměřené typy škol, střední zdravotnické školy (SZŠ) a čtyřletá gymnázia, z hlediska informovanosti pedagogů o problematice PPP a zjistit, jakým způsobem je na těchto školách realizovaná prevence PPP.

Teoretická část práce si klade za úkol shrnout poznatky o onemocnění PPP, jeho příčiny, diagnostiku a léčbu. Zaměřuje se výhradně na problematiku PPP u žáků středních škol a na to, do jaké míry jsou tito ovlivněni svými spolužáky, učiteli a dalšími faktory objevujícími se nejen ve školním prostředí. Dále je v této části zkoumáno školní prostředí, které může působit jako faktor rizikový i faktor prevence vzniku. Teoretická část je východiskem k následnému dotazníkovému šetření v části praktické, které je důležitou a nedílnou součástí bakalářské práce.

Praktická část se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy u žáků čtyřletých gymnázií a středních zdravotnických škol a v návaznosti na ošetření problematiky v jejich školních vzdělávacích programech (ŠVP) a programech primární prevence (PP) porovnává tyto dva typy škol z hlediska predikace a realizace prevence. Dále se zaměřuje na to, zda a do jaké míry je téma PPP v těchto dokumentech škol zahrnuto a zjišťuje informovanost pedagogů, kteří na vybraných školách působí.



## **Teoretická část bakalářské práce**

### **1 Základní vymezení poruch příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy, či také PPP, je souhrnný název pro závažná onemocnění projevující se abnormálními stravovacími návyky. Tyto poruchy se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti, nejčastěji však vznikají v období adolescence. Častěji jimi trpí ženy než muži, u dívek je výskyt desetkrát až dvacetkrát častější než u chlapců. (Krch a Marádová, 2003)

Krch (2007) uvádí, že mentální bulimie postihuje 1,5-5 % a mentální anorexie 0,5-0,8 % žen ve věku 15-30 let. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2018) udává, že se v roce 2017 s poruchami příjmu potravy léčilo 3 731 pacientů, z toho 90 % tvořily ženy. Z celkového počtu pacientů s diagnózou PPP bylo přibližně 12 % ve věku 0-14 let, 32 % ve věku 15-19 let a 56 % pacientů bylo starších 20 let (ÚZIS ČR, 2018).

V psychiatrických zařízeních bylo v roce 2017 hospitalizováno celkem 454 pacientů, z toho pacienti do 15 let tvořili necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizovaných a pacientů ve věku 15-19 bylo hospitalizovaných 39 % (ÚZIS ČR, 2018). Z grafu, který ÚZIS ČR (2018) na svých stránkách poskytl, vyplývá, že mezi lety 2011-2017, kdy výzkum probíhal, byla zvyšující se tendence nárůstu tohoto onemocnění.

Mezi nejznámější a bohužel také nejčastější formy poruch příjmu potravy patří mentální anorexie (MA) a mentální bulimie (MB). Hranice rozdílu mezi těmito poruchami bývá neostrá a často se stává, že onemocnění přecházejí jedno ve druhé či se objevují současně (Němečková, 2007). Desátá revize MKN-10 (2020) dále k poruchám příjmu potravy řadí atypickou mentální anorexii, atypickou mentální bulimii, přejídání spojené s psychogenními poruchami, zvracení spojené s psychogenními poruchami, jiné poruchy příjmu potravy (pica a psychogenní ztráta chuti k jídlu) a poruchy příjmu potravy NS. V posledních desetiletích se objevilo také několik nových poruch (orthorexie, bigorexie aj.), proto je i nadále nutné o problematice PPP hovořit a zvyšovat informovanost obyvatelstva.

Spouštěče PPP mohou být různé (nevhodné poznámky okolí, představa společnosti o tzv. „ideálu krásy“, tlak ze strany trenérů a rodiny, šikana ze strany spolužáků kvůli váze apod.), přesto existují určité společné znaky, které jednotlivé poruchy spojují. Jsou jimi například touha po dokonalé postavě, obavy z tloušťky a zkreslené představy o vlastním těle. (Krch a Marádová, 2003)

Závažnost PPP umocňuje bohužel i fakt, že se jedná o onemocnění, které může mít bez včasné pomoci fatální následky. Papežová (2000) uvádí, že riziko úmrtí je u lidí trpících poruchou příjmu potravy dokonce 16x větší než u běžné populace. Co se týče úplného vyléčení, ani tam nejsou údaje zcela příznivé. Dle Krcha a Marádové (2003) se pouze padesát procent anorektiček a méně než dvě třetiny bulimiček zcela vyléčí. Zvolský a Raboch (2001) uvádějí, že u pacientek s MA se 28 % nemocných uzdraví jen částečně, 24 % má nepříznivou prognózu a pod 5 % pacientek zemře. U nemocných s mentální bulimií jsou čísla ještě alarmující: 40 % se uzdraví částečně a 33 % má nepříznivý průběh. Dle Nevorala (2003) bývá u nemocných až 50 % recidiva, která se navíc léčí obtížněji.

Problémem tohoto onemocnění je i dopad, který zanechává na pacientovi, jeho okolí, potažmo celé společnosti. PPP narušují nemocnému jeho sociální, emoční i profesionální život. Nemoc mívá také závažné důsledky pro těhotenství a reprodukci. (Krch, 1993)

Léčba PPP je velice složitá a vyžaduje spolupráci postiženého, jeho okolí a ve většině případů také odborníků. Škola je jednou z institucí, která může být rizikovým faktorem pro vznik poruchy příjmu potravy, ale zároveň může pomoci s jejich léčbou. Právě ve škole je dle Švédové a Mičové (2010) velká pravděpodobnost včasného zachycení prvních příznaků PPP. Třídní učitel, spolužáci, družinářky – ti všichni mohou odhalit nezvyklé chování osoby trpící formou PPP, a tím také napomoci léčbě.

Ačkoliv se jedná o onemocnění, které se, jak jsme již uvedli, týká v mnohem větším měřítku dívek, byla by chyba zaujímat názor, že se jedná o ryze ženský problém, který se mužů netýká.

## **1.1 Mentální anorexie**

Ačkoliv by se mohlo zdát, že anorexie je nemocí moderní společnosti, jedná se o onemocnění, které se objevovalo již počátkem našeho letopočtu. První zmínky o anorexii nervosa (AN) jsou známy již z 2. století, příznaky této nemoci byly popsány již doktorem Galénem. (Krch, 1999)

Mentální anorexie je vážná psychická porucha, která vyvolává pocit nedokonalosti vlastního těla. Jak uvádí Kocourková (2006), anorektičky mají pokřivené vnímání o svém těle a jejich tělesná hmotnost má ohromný vliv na jejich psychiku a sebevědomí. Z nárůstu váhy mají často panickou hrůzu, proto neustále zmenšují porce jídla a vyhýbají se stravě, která by podle nich mohla způsobit příbytek na váze (Kocourková, 2006). MKN-10 (2020) uvádí, že při

tomto onemocnění dochází k váhovému úbytku, který si nemocné trpící chorobným strachem z nadváhy způsobují samy.

Vágnerová (2014) mezi projevy MA řadí především nápadně nízkou hmotnost, ztrátu sekundárně pohlavních znaků a ženských tvarů. Dle Vágnerové (2014) anorexií trpí 0,5-2 % žen, počet nemocných chlapců je 10x menší. Bývá časté, že nemocné se zajímají o kalorickou hodnotu potravin, zajímají se o recepty a svým blízkým s oblibou vaří (Nevoral, 2003).

Dle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003), příčin vzniku této nemoci může být hned několik, od těch zjevnějších, sociokulturních, kdy se ve všech masových médiích objevují fotografie dokonale vyretušovaných modelek s perfektními křivkami, až po ty možná méně zřejmé, jako je např. vliv rodiny. Ke vzniku AN dle Papežové (2000) přispívají také povahové rysy jedince, např. zranitelnost, perfekcionismus nebo puritánství a asketismus.

Jako rizikové se jeví i to, že stále existují volně přístupné webové stránky (tzv. pro-ana blogy) a skupiny na sociálních sítích, kde se mladí lidé vzájemně v anorexii podporují. Letochová (2012) upozorňuje na to, že na těchto stránkách se dívky dělí o rady, jak se stát anorektičkami a anorexii berou jako správný životní styl a svou součást.

Cesta k uzdravení bývá velmi složitá a je důležité, aby si pacientka především svou nemoc uvědomila. Dle Papežové (2000) existuje 5 fází chování postižených AN, a to *popření*, kdy si pacientka nepřipouští, že je něco špatně, dále *úvahy* o tom, že možná není úplně zdravá, *příprava*, kdy si nemocná může přát změnu, ale zároveň se jí bojí, *akce*, kdy vědomě s nemocí bojuje a *udržení*, při kterém se vyhýbá relapsu.

## 1.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (MB) je další častou formou PPP. Stejně jako při mentální anorexii se postižení snaží o snížení hmotnosti, tak i pacienti s onemocněním bulimii nervosa (BN) touží po dokonalé postavě a své tělo hodnotí příliš kriticky. Na rozdíl od mentální anorexie se bulimie projevuje opakovanými záchvaty přejídání, po kterém následují výčitky a snaha dostat potravu ven z těla, a to zvracením nebo užíváním projímadel, odvodňujících přípravků či léků na hubnutí. Nemocný často kvůli přejídání trpí depresemi, má pocit selhání, méněcennosti a v důsledku toho může dojít i k sebepoškozování a úvahám o sebevraždě. (Cooper, 2014)

Přitom pocit přejedení je v tomto případě dle Krcha a Marádové (2003) velmi subjektivní. Nemocní si ve skutečnosti často jen myslí, že snědli více, než měli. Ve většině případů je

množství jídla adekvátní, přejedení je tedy u bulimiček relativní pojem, který se více odráží od jejich subjektivního cítění (Krch a Marádová, 2003).

Mentální bulimie většinou začíná později než MA a často se z anorexie vyvíjí (Zvolský a Raboch, 2001; MKN-10, 2020). Nevoral (2003) uvádí, že se bulimie vyskytuje u dívek okolo 16. a 18. roku, výskyt ve společnosti je okolo 1-3 %. Krch (2007) uvádí dokonce 1,5-5% výskyt.

Příčiny MB mohou být opět různé a mnohdy je bulimia nervosa výsledkem několika drobných okolností. Může to být stres, velké životní změny jako rozvod rodičů, smrt blízké osoby či všude přítomné rady jak zhubnout a články, které hlásají, že být hubený znamená být zdravý a fit. (Papežová, 2003)

Nemocní ve většině případů jedí v ústraní, aby je nikdo neviděl, stydí se za své selhání a jejich tělesná hmotnost má kolísavou tendenci (Vágnerová, 2014). Hřivnová (2014) zmiňuje, že fázi přejídání často předchází držení různých diet. Diety, které jsou ve společnosti stále velmi oblíbené a módní, tak mohou být počáteční fází rozvíjející se mentální bulimie. Dle Nevorala (2003) se většina pacientek s MB začala přejídat poté, co začala držet dietu. Ta způsobuje tělu psychickou a fyzickou tenzi, tenze pacientky nakonec přinutí nekontrolovaně se přejíst, následují výčitky, zvracení, přejedení a takto stále dokola (Nevoral, 2003). To vede k mnoha zdravotním komplikacím, mezi které namátkou patří střevní potíže, dehydratace, onemocnění jícnu a sliznice a samozřejmě také rozhození metabolismu (Nevoral, 2003). Podle Fraňkové (2003) existuje vazba mezi držením diety a poruchami příjmu potravy. Dívky, které držely dietu, měly dokonce 8x vyšší riziko vzniku PPP (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003; Marádová, 2007).

### **1.3 Psychogenní přejídání**

Psychogenní přejídání je teprve nedávno navrženou samostatnou diagnostickou kategorií. Kviatkovská, Albrecht a Papežová (2016) uvádí, že poprvé bylo jako samostatná diagnóza uvedené v DSM-4-TR. Psychogenní přejídání se může vyvinout v jakémkoli věku, tímto onemocněním trpí početně více ženy než muži, u mužské populace je to však jedna z nejčastějších forem poruchy příjmu potravy (Krch, 2004). Psychogenní přejídání se projevuje záchvatovitým přejídáním, ale na rozdíl od mentální bulimie při něm nedochází ke kompenzaci přejedení. Nemocní konzumují potravu rychleji, často i přes pocit sytosti. (Kviatkovská, Albrecht a Papežová, 2016)

Cooper (2014) zmiňuje, že pro záchvatovité přejídání jsou typické především dva rysy: nepřiměřeně velké množství sněženého jídla a subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem. Po přejedení může přijít chvilková úleva, ale záhy nastupuje pocit viny, deprese a znechucení (Cooper, 2014). Krch, Málková a Barták (1993) k tomuto výčtu dodávají, že záchvatovité přejídání je zejména déle trvající, pravidelně se opakující a nekontrolovatelná konzumace velkého množství potravy.

K diagnostickým kritériím psychogenního přejídání patří také obezita, která se vyskytuje, vzhledem k charakteru onemocnění, až u 67 % případů (Kvátková, Albrecht a Papežová, 2016).

#### **1.4 Atypické a jiné poruchy příjmu potravy**

Vzhledem k tomu, že existují poruchy příjmu potravy, které nejsou snadno zařaditelné do výše specifikovaných škatulek, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje atypické poruchy příjmu potravy, jako jsou např. atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie. Tato onemocnění splňují část příznaků a kritérií výše popsaných poruch, ale ne všechna, která jsou zapotřebí pro jejich jasné zařazení.

Mezi tzv. jiné poruchy zařazuje MKN-10 (2020) onemocnění pika (pojídání nestavitelných látek) a psychogenní ztrátu chuti k jídlu (MKN-10, 2020). Pika je onemocnění, které se vyznačuje požíváním nejdých látek, např. vlasů, hlíny, škrobu aj. (Papežová, 2010).

#### **1.5 Nové typy poruch příjmu potravy**

S rozvojem společnosti a měnícím se pohledem na ideál krásy, kdy nejdokonalejší už neznamena pro většinovou společnost pouze nejhubenější, se objevují i nové poruchy. Patří mezi ně chorobná touha po zdravém stravování (ortorexie), touha po maskulinní postavě (bigorexie) a také drunkorexie. Tato onemocnění nemají sice vlastní specifickou kategorii v MKN-10 (2020), přesto má několik odborníků snahu je mezi poruchy příjmu potravy zařadit. Bennettová (2018) uvádí, že konkrétně ortorexie je zachycena v DSM- 5 v části nazvané Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), kde jsou zachyceny mimo jiné i příznaky tohoto onemocnění. Bennettová (2018) je toho názoru, že by v rámci kategorie ARFID mělo dojít k větší diferenciaci, protože je momentálně příliš obsáhlá. Dle výzkumu, který provedli výzkumníci z amsterdamské univerzity Ryman, Cesuroglu, Bood a Syurina (2019) se 78 % zdravotnických pracovníků v Nizozemsku domnívá, že by ortorexie měla mít vlastní diagnózu a 74 % z nich souhlasí, že ortorexie zapadá do kategorie poruch příjmu

potravy v manuálu DSM-5. Procházková (2011, s. 14) označuje ortorexii, bigorexii a drunkorexii jako „*patologické postoje, o kterých lze mluvit jako o poruchách příjmu potravy.*“.

### 1.5.1 Ortorexie

Ortorexie je chorobná posedlost zdravým stravováním (Procházková, 2014). Jídelníček orthorektiků však není jednotný. Velmi záleží na tom, z jakého způsobu stravování vychází, zda např. z veganství, frutariánství, či z principů vitariánské, raw nebo keto diety. Regenermelová (2011) však uvádí, že tyto výživové směry většinou nejsou samy o sobě zdraví škodlivé, nebezpečná je fanatická posedlost jejich dodržováním. Dle Regenermelové (2011) se postižení stále více zajímají o to, co a jak správně jíst, aby byli zdraví a žili spokojený, dlouhý život, až se jídlem stanou doslova posedlí a věnují mu veškerou svou pozornost. Podle Vránové (2013) mají nemocní strach z jídel, která považují za jedovatá.

Procházková ve své metodice pro pedagogy (2011) píše, že ortorektici jsou schopni sníst jen potraviny bez bílé mouky, konzervačních látek, průmyslově zpracovaných potravin apod. Strach ze sněžení nezdravého jídla může vést ke zúženému výběru potravin, a tím i k podvaze (Procházková, 2011).

Na rozdíl od MA a MB zde není tolik kladen důraz na kvantitu sněženého jako spíš na kvalitu. Nemocní většinou netrpí zkreslenou představou o svém těle, ale chtějí konzumovat výhradně zdravé a „čisté“ suroviny. (Mynaříková, 2017)

Nebezpečí ortorexie spočívá především v posedlosti zdravým stravováním a z toho vyplývajícího psychického stresu. Ortorektici si málokdy svou nemoc připouští. To, že jedí dle jejich uvážení zdravě, naopak považují za svou přednost hodnou následování. O to víc jsou pak při svém případném selhání zklamáni a sami sebou znechuceni. (Vránová, 2013)

### 1.5.2 Bigorexie

Jedná se o poruchu, která je popisována např. u kulturistů. Jedinec má pocit, že je příliš malý, slabý a málo vyvinutý. (Slepička, Hošek a Hátlová, 2006; Procházková, 2011)

Bigorexie (též označována jako dismorfofobie, či Adonisův komplex) je psychické onemocnění, projevující se pocitem nedostatku svalové hmoty. Tímto onemocněním trpí více muži, kteří k dosažení svých cílů mohou kromě nadměrného cvičení užívat i steroidy. Snaha dosáhnout ideální vypracované postavy je může přivést jak k tělesnému, tak i k fyzickému vyčerpání. Návštěva fitness centra a posilování se stává jejich závislostí a pokud vynechají

trénink, dostavuje se frustrace, která má mnohdy podobu abstinenčních příznaků. (Ladishová, 2006)

### **1.5.3 Drunkorexie**

Lidé trpící drunkorexií snižují svůj denní příjem kalorií, aby mohli večer pít alkohol, který je kalorický (Procházková, 2011). Alkohol se však bez jídla vstřebává výrazně rychleji, čímž může dojít ke zvýšení tlaku, otupení smyslů a následnému kolapsu, který může být smrtelný (Cenková a Langrová, 2010).

## 2 Příčiny vzniku PPP

Důvodů vzniku poruch příjmu potravy je mnoho a většinou se u pacientů jedná o kombinaci několika vlivů. Neexistuje tedy žádná jednotná specifická příčina vzniku těchto onemocnění a nelze si tedy myslet, že odstraněním jednoho univerzálního problému se pacienti vyléčí. (Krch a Marádová, 2003)

Nejčastěji se však hovoří o vlivu sociokulturním, idealizaci štíhlosti v masmédiích a životním stylu pacientek (Krch, Málková a Barták, 1993). V této kapitole se pokusíme uvést několik rizikových faktorů, které mohou být příčinou pro vznik tohoto závažného onemocnění.

### 2.1 Věk a pohlaví

Při vzniku PPP hraje velkou roli mimo jiné fakt, že se poruchy příjmu potravy nejčastěji týkají dívek v pubescentním a adolescentním věku. Krch (1999) zmiňuje, že ženské pohlaví je jedním z nejvíce významných faktorů vzniku PPP. Udává, že u žen je riziko onemocnění AN až 10x vyšší. To, proč tomu tak je, vysvětluje Krch (1999) tím, že právě u dívek v pubertě a v období adolescence dochází k nejmarkantnějším fyzickým a psychickým změnám a dívky jsou na tyto změny a na reakce okolí mnohem citlivější než chlapci.

Dívčí tělo se v období puberty výrazným způsobem mění. Dochází k přirozenému nabírání tuků a získávání tzv. ženských tvarů (zakulacování boků, nabírání tuku v oblasti hýždí aj.). Dívky, které na tuto změnu svých tělesných proporcí nejsou připravené, mohou mít dle Nováka (2010) strach, že nabírání váhy nezvládnou korigovat. Novák (2010) dále uvádí, že snaha zhubnout a obavy z tloušťky se objevují v překvapivě nízkém věku, některé dívky provází již od 9-11 let. Tělesná proměna představuje podle Vágnerové (2014) určitou ztrátu jistoty, v dospívání přicházejí pochybnosti o vzhledu a riziko vzniku PPP může zvyšovat také nevhodná reakce okolí.

Kromě fyzických změn dochází v období dospívání i ke změnám psychickým. V tomto období dochází k formování uvědomění vlastního Já a často i k následnému srovnávání se s vrstevníky. Dívky jsou k sobě v tomto období více kritické a mívají nižší sebevědomí, což jsou další faktory, které mohou vést k PPP. Pubescenti a adolescenti jsou specifickou skupinou, která prochází významným emočním, duševním i tělesným vývojem, a tudíž tato věková kategorie patří k jedné z nejohroženějších. (Krch, Málková a Barták, 1993)

Podle Švédové a Mičové (2010, s. 10) „*pubertu a dospívání lze považovat za období, které může být spojeno s mimořádným stresem a ve kterém dochází ke kumulaci řady rizikových*



*faktorů*“. Kvůli nárůstu tělesné hmotnosti jsou ženy více nespokojené se svým tělem, což může vést k držení drastických diet a vyššímu riziku vzniku mentální bulimie (Krch, 1999).

## **2.2 Rodina a genetické faktory**

Rodina hraje velmi důležitou roli v lidském životě. Právě z ní získáváme mnohé návyky, postoje, názory. Dle Nováka (2010) dochází k rozvoji PPP nejčastěji spojením negativního působení kultury a právě rodinného prostředí. Matka zprostředkovává svému dítěti jeho první stravu, rodina určuje jeho jídelní návyky a jídlo bývá často prostředkem odměny či trestu (Krch, Málková a Barták, 1993). Papežová (2004) zmiňuje, že u bulimie může být genetický podíl 35-83 % a u anorexia nervosa dokonce 50-90 %. Vágnerová (2014) uvádí poněkud menší čísla, 50 % u MA a 30 % u MB.

Rizikové pro vznik poruchy může být jednak rodinné prostředí, kde jsou na dítě kladeny nepřiměřené nároky, ale také to, kde o dítě rodina nejvíce zájem a nestará se o něj (Krch, Málková a Barták, 1993; Vágnerová, 2014). Riziková je dle Procházkové (2011) kritika stravování, vzhledu či tělesné hmotnosti nebo i nadměrné očekávání a vysoké ambice směrem k dívkám. Novák (2010) k tomuto výčtu dále přidává nedostatečnou komunikaci v rodině, chybějící rodičovskou péči a malou otevřenost při diskuzích. Papežová (2003) dále píše o vlivu nesprávných či chaotických jídelních návyků, držení diet, přejídání se, nebo nedodržování jídelního řádu v rodinách pacientek s bulimií. Zmiňuje také riziko působení genetického faktoru, a to konkrétně dědění některých povahových rysů.

Cooper navíc (2014) zmiňuje, že v rodině se poruchy příjmu potravy často opakují a u jednovaječných dvojčat je dokonce vyšší pravděpodobnost, že pokud PPP trpělo jedno z dvojčat, porucha se vyvine i u druhého z nich. Dle Coopera (2014) je však otázkou, zda je to způsobené dědičností nebo je rizikovým faktorem spíše rodinné prostředí.

Důležitou roli sehrávají sourozenci a rodiče, zvláště pak pokud sami trpěli či trpí poruchou příjmu potravy. Podle Procházkové (2011) se na základě některých výzkumů jídelních zvyklostí prokázalo, že nemocné dívky držely dietu ve stejnou dobu jako jejich sestra nebo matka. Role matky se zdá být v této problematice jednou ze stěžejních. Matky dívek s PPP jsou často orientované na výkon, ambiciózní, hyperkritické a málo empatické (Novák, 2010; Vágnerová, 2014). Novák (2010) dodává, že matka, která sama trpí poruchou příjmu potravy, může být negativním vzorem a své dítě ohrožuje také tím, že reguluje jeho příjem potravy a úzkostlivě dbá na váhu a vzhled potomků.

## 2.3 Sociální a kulturní faktory

Naše kultura, vliv masmédií, reklamy s extrémně hubenými, často pomocí různých grafických nástrojů upravenými, modelkami a názory, že úspěšná žena má být především hubená, to vše jsou proměnné, které vytváří tlak na ženy a dívky a živí jejich obavy ohledně tělesné hmotnosti a vzezření (Cooper, 1995). Zajímavé, ne však příliš překvapivé je, že dle Kaňkové (2005) je prevalence tohoto onemocnění vyšší v rozvinutých industrializovaných zemích a stoupá společně se změnami životního stylu a hodnot.

Ačkoli se ve velké většině reklam, billboardů a časopisů objevují abnormálně hubené modelky, které jsou brány za běžný standart, dle Nováka (2010) jen 5 % žen splňuje tělesné předpoklady pro modeling. Zobrazovaná štíhlost tak vůbec neodpovídá realitě všedních dní. Vágnerová (2014) zmiňuje, že mediálně prezentovaným vzorem krásy je vysoká, hubená dívka bez boků a stehů, což připomíná dětské, předpubertální vzezření.

Podle Papežové (2003, s. 19) je *„štíhlost považována za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo.“* V médiích a sdělovacích prostředcích se objevují různé zaručené diety, které jsou založeny na extrémně nízkém příjmu kalorií, vidíme hubené modelky, které tvrdí, že jim hubnoucí přípravky zajistili dokonalé tělo, slyšíme ze všech stran poučky o tom, co je a není zdravé. Tyto informace se však velmi rychle mění a to, co bylo zdravé před 5 lety, je dnes odsuzováno.

Tlak na dodržení štíhlosti, který tímto vším vzniká, je v rozporu s přirozeným biologickým fungováním lidského těla, tyto trendy jsou tak pro většinu žen sotva dosažitelné a navíc zdraví nebezpečné (Procházková, 2011). Zároveň také útočí na psychiku a oslabují sebedůvěru mladých žen, u kterých tak vzniká strach z tloušťky a nespokojenost s vlastním tělem (Krch, 1999).

## 2.4 Životní události a psychologický faktor

Životní události jsou dle Procházkové (2011) dalším významným rizikovým faktorem. Vznik poruchy příjmu potravy může zapříčinit nejen náročná životní situace, jako je např. úmrtí blízkého člena rodiny, sexuální zneužití, ale třeba i různé narážky na tělesnou hmotnost a vzhled (Novák, 2010).

Poruchy příjmu potravy negativně ovlivňuje i psychologický faktor. Podle Coopera (2014) mnohé z osob, které trpí bulimií a záchvatovitým přejídáním, mají pocity zoufalství a projevuje se u nich široká škála příznaků deprese. Nemocní také pociťují úzkost, která

se projevuje bolestí hlavy, nervozitou, zvýšeným pocením a záchvaty paniky (Cooper, 2014). Za rizikové jsou dle Nováka (2010) považovány i přílišná sebekontrola, nízká sebeúcta a negativní body image. To, že psychické a osobnostní rysy, jako například perfekcionismus, obsedantní rysy, emoční labilita a přecitlivělost zvyšují riziko onemocnění anorexií či bulimií, považují někteří autoři (Krch, 1999; Tod, Thatcher a Rahman, 2012) za zřejmý fakt, zároveň však uvádějí, že osobnost dospívajícího bývá zasažena tím více, čím dříve přichází počátek vzniku poruchy.

## **2.5 Zájmové aktivity a školní prostředí**

Zájmové kroužky patří také k rizikovému faktoru. Zejména různé sportovní oddíly, baletní, taneční, atletické či gymnastické kroužky jsou pro dospívající dívky velmi rizikové. Krch, Málková a Barták (1993) uvádí, že se jedná o místa s vysoce konkurenční atmosférou a štihlost je zde často kritériem úspěchu. Nebezpečná jsou dle Doengese, Moorhouse a Murra (2019) i povolání a zájmové aktivity, které vyžadují rapidní snížení váhy, např. běžci, žokejové, herci, modelky aj.

O školním prostředí jako rizikovém faktoru budeme hovořit v samostatné kapitole.

### 3 Projevy PPP

Projevů, které signalizují vznik či průběh tohoto onemocnění, je několik. U pacientů se může objevovat několik symptomů najednou, nebo to může být jen pár úkazů, které nám nemusí ze začátku tuto poruchu explicitně signalizovat.

Marádová (2007) uvádí mezi nejvýraznější projevy poruch příjmu potravy změny ve stravovacích návycích a v jídelníčku. Nejprve mohou mít pozvolný průběh, z jídelníčku mohou pomalu mizet potraviny, které jsou považovány za „nezdravé“, jako jsou sladkosti, smažené jídlo a tučné jídlo. Tato opatření nejsou v počátcích příliš nápadná, protože působí jako snaha o zdravější způsob života. Nemocní však své zákazy stupňují. Zmenšují porce, nejedí nic, co by bylo nad rámec množství, které si určili jako vyhovující. Vynechávají postupně bílé pečivo, tučné jogurty i maso. Dělají stále důslednější změny ve stravovacích návycích, vynechávají hlavní jídla pod nejrůznějšími záminkami. Vymlouvají se, že nemají čas, že nestíhají nebo dokonce lžou o tom, že už jedli. Úzkostlivě se srovnávají s ostatními a vyžadují co nejmenší porce. (Marádová, 2007)

Další viditelnou změnou je změna jídelního tempa a chování u stolu. Lidé s mentální anorexií jedí velmi pomalu, důsledně si vybírají, co mohou a nemohou sníst, nad jídlem tráví mnohem víc času než ostatní, zdraví jedinci (Krch a Marádová, 2003). Pacienti trpící mentální bulimií a psychogenním přejídáním naopak dle Krcha a Marádové (2003) s jídlem spěchají a rychle až hltavě konzumují vše dohromady. Lidé s orthorexií si často jídlo vychutnávají a kladou důraz na nejvýživnější a „nejzdravější“ potraviny (Vránová, 2013).

Dalším projevem onemocnění může být i izolace od společnosti. Lidé s tímto typem onemocnění se mohou postupně začít vyhýbat i svým nejbližším přátelům a rodině. Jsou introvertní, mají nízké sebevědomí. Často reagují podrážděně, kritiku považují za nepřátelský projev. Nemocní jsou nespokojeni se svým tělem, mají narušený postoj ke své tělesné hmotnosti a chorobný strach z nadváhy. Prožívají pocit nesamostatnosti, bezmoci. (Vágnerová, 2014)

U takto nemocných se může objevovat i zvýšená tělesná aktivita. Pacienti s PPP více cvičí a bývají celkově aktivnější, aby nabrané kalorie z jídla co nejrychleji spálili. Neustále se prohlíží v zrcadle a pravidelně kontrolují svoji váhu. Velmi se soustředí na svůj vzhled, tělesnou hmotnost a vše, co se týká jídla. (Krch a Marádová, 2003)

### **3.1 Jak postupovat při podezření na PPP u žákyně**

Pokud má pedagog nebo jiný pracovník školy podezření, že má žákyně projevy PPP, je třeba vědět, jak má postupovat. Centrum Anabell (2020) nabízí příručku, ve které zmiňuje několik kroků, které může pedagog při podezření na PPP učinit:

- Promluvit si s nemocným a nabídnout případnou pomoc. Případně je možné požádat o radu některou organizaci, která se PPP věnuje.
- Kontaktovat rodinu (se svolením dotyčné).
- Při potvrzení PPP naplánovat další postup, zejména cvičení ve škole, stravování, přípravu do školy a zkoušení.

Dále je také vhodné spolupracovat s metodikem prevence, případně se školním psychologem. Je dobré znát organizace, které se PPP zabývají. Kromě zmíněného občanského sdružení Anabell jsou to dále fakultní nemocnice v Motole – Dětská psychiatrická klinika, Specializovaná jednotka pro léčbu poruch příjmu potravy a Psychiatrická klinika s jednotkami pro léčbu poruch příjmu potravy ve fakultní nemocnici Brno. (Procházková, 2011)

## 4 Zdravotní důsledky

Co se týče zdravotních komplikací, u pacientek s PPP se jich může objevit hned několik od méně závažných až po ty život ohrožujících. Může se objevit zácpa, zimomřivost, porucha menstruačního cyklu, vypadávání vlasů, zhoršení pleti, dehydratace, snížení imunity, chudokrevnost a poškození jater. Většina z těchto komplikací souvisí s výrazným úbytkem hmotnosti, nevyváženou stravou a přetížením organismu z důvodu nadměrné fyzické aktivity. (Krch a Marádová, 2003)

V případě záchvatovitěho přejídání často dochází k nadýmavosti, zácpě, průjmům nebo ve výjimečných případech k poškození či protržení žaludeční stěny (Cooper, 2014). Dalšími projevy PPP mohou být dle Vránové (2013) psychické změny – deprese, časté střídání nálad, nespavost, unavenost, ztráta koncentrace a v některých případech i sklon k sebevraždě.

Mentální anorexie a bulimie zásadně narušují psychiku i společenský život jedince. Anorexie sice zpočátku může podle Krcha a Marádové (2003) sebevědomí navýšit, nemocné jsou nejprve spokojeny s úspěšným snižováním tělesné hmotnosti, je však jen otázka času, kdy se jejich psychické rozpoložení změní k horšímu, dojde k úbytku energie a postupně se sníží zájem o jiné věci než o stravování a sledování tělesné hmotnosti. Mezi nejčastější dopady onemocnění na společenský život dle Procházkové (2011) patří sociální izolace, ztráta zájmů, zhoršení studijních výsledků aj.

Velmi nebezpečným a život ohrožujícím je zvracení. Vyvolávání dávicího reflexu může způsobit zranění krku a jícnu, který může v důsledku zanícení rány prasknout. Vzniknout může otok slinných žláz, narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, což je velká zátěž pro srdce a ledviny, zvýšená kazivost zubů. Nebezpečí představují i léky, které zvracení uměle vyvolávají. (Krch a Marádová, 2003)

U dětských pacientů mají následky PPP vliv na vývoj organismu a mohou způsobit trvalé následky, jako je zastavení růstu a vývoje, opožděný nástup puberty či poruchu fertility. U dětí a dospívajících je rizikem rychlejší tendence k vyhublosti a dehydrataci. Děti mají také rychlejší, ale i labilnější metabolismus, kvůli němuž může snáze dojít k metabolickému rozvratu, případně i nevratnému selhání životně důležitých orgánů. (Papežová et al., 2018)

Dlouhotrvající podvýživa může mít smrtelné následky. Anorektičky mají riziko úmrtí až 18x vyšší než zdraví jedinci. Různé studie uvádí úmrtnost mezi 3-8 %. (Krch, 2010)

## 5 Léčba

Na úvod je potřeba říct, že tak jako neexistuje jedna příčina, neexistuje ani univerzální lék, který by poruchy příjmu potravy vyléčil (Papežová a Hanusová, 2012). Léčba by měla být komplexní, měla by dle Němečkové (2007) zahrnovat různé léčebné metody z oblasti psychiatrie, psychologie, nutriční terapie a důležité je i zaměření na terapii rodinnou. K nemocným je třeba přistupovat individuálně a zohledňovat aktuální potřeby jedinců.

Podle Procházkové (2011) by měla léčba sledovat především tři cíle:

- léčit podvýživu a vzniklé tělesné problémy
- pochopit příčiny onemocnění pomocí psychoterapie
- změnit nevhodné stravovací návyky

Důležité kritérium úspěšné léčby je ochota a motivace pacienta vůbec léčbu podstoupit. Je důležité, aby si nemocní svou nemoc připustili a rozhodli se začít s léčbou. U dětí nastává komplikace v dosažení dobrovolnosti léčby. Je nezbytné se více než na konečný cíl soustředit na dílčí kroky – zařazovat postupné a dlouhodobě udržitelné změny v jídelníčku, stanovit týdenní váhový přírůstek apod. (Papežová et al., 2018)

Dalším kritériem, které vede k vyléčení pacienta, je zvolení správného léčebného postupu s ohledem na závažnost onemocnění a fázi, ve které se nemocný aktuálně nachází. Procházková (2011) uvádí, že pokud je zdravotní stav pacienta v kritickém stavu a přímo jej ohrožuje na životě, je nejlepší zvolit hospitalizaci, u lehčích forem onemocnění je naopak na místě léčba ambulantní, či docházení do denních stacionářů. Doplnkovou možností léčby je docházení do svépomocných skupin (Procházková, 2011).

Na závěr této kapitoly je nutné dodat, že nemocným s PPP je možné pomoci jen pokud oni sami o pomoc stojí, onemocnění si uvědomují a chtějí svůj stav řešit (Procházková, 2011). To, aby si pacientka uvědomila problém a riziko, které jí hrozí a rozhodla se pro léčbu, se často jeví jako nejtěžší fáze celého léčebného procesu. *„I když si v průběhu rozvoje poruchy obvykle začnou uvědomovat její nebezpečí, jsou mistry v odkládání řešení a kladení podmínek. Stejně jako jiní toxikomané se zdráhají vzdát své jistoty (vyhublost, zvracení) a drogy (přejídání).“* (Krch, Málková a Barták, 1993, s. 59).

## 6 Prevence PPP

Základem prevence je především rodina, vhodné výchovné působení, dobré vztahy a pozitivní komunikace v ní. Nejdůležitější roli mají rodiče, kteří na dítě působí již od útlého věku. Je velmi důležité vytvořit zdravé sebevědomí a vhodné stravovací návyky. Je také žádoucí, aby rodiče sledovali případné změny v jídelníčku, denním režimu, zvýšenou aktivitu, nebo nepřiměřené zaměřování se na tělesný vzhled a hmotnost. (Papežová et al., 2018)

Je důležité vést děti ke zdravému životnímu stylu, ale je také důležité neklást na ně moc vysoké nároky. Jedna čokoládová tyčinka neznamena katastrofu, ale naopak může být součástí zdravého jídelníčku. V případě záchvatovitého přejídání je důležité si uvědomit, které situace mohou tento stav spouštět a pokusit se jim předcházet. Je tedy nutno zdůraznit, že je potřeba se starat nejen o své tělesné, ale především o duševní zdraví.

Dalším styčným bodem v oblasti prevence je škola. Školní prostředí jako takové může poskytovat žákům správné informace o příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy, může vést žáky ke správným stravovacím návykům, připravit děti na tělesné změny, které je čekají v dospívání, podporovat dobré sociální klima ve škole a také sebepoznání dětí. (Krch a Marádová, 2003, Procházková, 2011)



## **7 Poruchy příjmu potravy ve školním prostředí**

Příčiny vzniku PPP, jak bylo napsáno výše, mohou být různé. Rizikovým prostředím, kde může dojít ke spuštění vzniku poruchy příjmu potravy, je především rodina, sportovní kroužek (taneční, akrobatický, gymnastický apod.) a v neposlední řadě také škola. Právě školnímu prostředí se tato kapitola věnuje podrobněji.

Školní třída a škola jsou místem, kde na osobnost žáka působí několik faktorů. Dle Hermochové (2005) se žáci ve škole setkávají s širokou škálou různých osobností a názorů, škola hraje důležitou roli nejen ve vzdělávání dětí, ale i v jejich psychosociálním rozvoji. Vágnerové (2005) popisuje školní třídu jako originální skupinu, kde se jedinci učí sociální interakci, sebeovládání a komunikaci.

Další důležitou úlohu má škola při výchově ke zdravému životnímu stylu, Podle Malacha (2010) klima školy a třídy ovlivňuje duševní a tělesné zdraví jedince, škola žáka formuje a přispívá k utváření jeho životního stylu a je partnerem rodiny ve formování zdravého životního stylu (Malach, 2010).

### **7.1 Školní prostředí jako rizikový faktor**

Mezi rizika školního prostředí patří dle Urbanovské (2011) celá řada stresogenních situací, např.: obava ze zhoršení prospěchu, z vlastního selhání, tlak na výkon, srovnávání se spolužáky, konflikty ve třídě, soupeření aj. Tyto zážitky mohou při pravidelném výskytu představovat vysokou psychickou zátěž. Vysoký tlak na výkonnost a neosobní přístup ze strany učitelů může dle Macka (2003) podněcovat některá zdravotní rizika, jako jsou např. i poruchy příjmu potravy.

### **7.2 Prevence vzniku PPP ve školním prostředí**

*„Hlavním nositelem prevence rizikových forem chování je školní prostředí a považuje se za nejefektivnější platformu pro preventivní aktivitu.“ (Pilař, 2009, s. 50).*

Pilař (2009) dále tvrdí, že učitel je jedním z prvních příkladů pro děti, hned po rodinných příslušnících, a děti se s jeho chováním identifikují. Proto je důležité, aby v pedagogích nalézaly podporu při řešení svých problémů.

Učitelé jsou celkově důležitým faktorem v otázce PPP. Mohou výrazně přispět k prevenci tohoto onemocnění a také být součástí léčebného procesu. Rozhodně by neměli nahrazovat terapeuta, ale mohou být pro nemocné důležitými vzory (Krch a Marádová, 2003).

Jsou vnímáni jako vzor, osobní příklad, a představují model chování, motivují žáky a tím ovlivňují jejich postoje (Malach, 2010).

Pedagogové mohou předcházet vzniku PPP tím, že v rámci svých předmětů budou vést děti ke zdravému životnímu stylu, budou děti motivovat, edukovat, ale v žádném případě by je neměli strašit. Nežádoucí je také vyzdvihování pouze určitých aspektů PPP, to může sloužit naopak jako návod či motivace pro děti, aby PPP zkusily. Je také důležité naučit žáky adekvátně reagovat na stresové situace a zabránit šíření předsudků vůči jakýmkoli odlišnostem. (Švédová a Mičová, 2010)

Mohou také zasáhnout do formování názorů a jídelních zvyklostí dětí. Mají příležitost vidět situace, které mohou být pro odhalení PPP stěžejní, např. vyhýbání se obědům. Důležitou roli sehrávají i v léčbě, která bývá velmi časově náročná a vyžaduje mimo jiné i to, aby škola umožnila dítěti dodržovat stravovací režim.

Pedagogové však nejsou jediní, kdo může působit při prevenci vzniku PPP. Dalším důležitým faktorem jsou školní poradenská pracoviště. Ta slouží k poskytování poradenských a konzultačních služeb žákům, zákonným zástupcům a pedagogům. Jejich cílem je, jak uvádí Zapletalová (nedatováno), mimo jiné zkvalitnění sociálního klima na škole, umožnění řešení problémů, které jsou spojeny s docházkou a sledování účinnosti preventivních programů.

Preventivní program (PP) je také důležitým prvkem v otázce prevence vzniku PPP. Zaměřuje se na výchovu a vzdělání žáků v oblasti zdravého životního stylu, na jejich osobnostní sociální vývoj a komunikační dovednosti. Na zpracování PP se podílí především školní psycholog, metodik prevence a výchovný poradce. Hricz et al (2010) uvádí, že program primární prevence je založený na spolupráci žáků, pedagogického sboru a zákonných zástupců nezletilých žáků a řeší aktuální problémy na škole, čímž je tedy velmi flexibilní.

### **7.3 Primární prevence PPP – metodika MŠMT**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) poskytuje na svých stránkách metodické dokumenty pro oblast primární prevence rizikového chování, mimo jiné i metodická doporučení k primární prevenci poruch příjmu potravy. V nich jsou vymezeny dvě nejběžnější poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie. Je zde popsán vznik, průběh těchto onemocnění, rizikové faktory, protektivní faktory, výskyt, typy prevence a doporučené postupy a metody pro pedagogy. Dle Přílohy 3: Poruchy příjmu potravy, Co dělat, když – intervence pedagoga, která je součástí Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (MŠMT, nedatováno), je vhodná

časná intervence u rizikových jedinců. U běžné populace je důležité především zaměřit se na předcházení držení nevhodných diet a užívání hubnoucích prostředků, předcházet šikaně a rozšířit nabídky vhodných materiálů pro nemocné a jejich rodiny. Naopak neúčinné je prezentovat protagonisty, kteří trpí PPP a nežádoucí je také zdůrazňovat ty informace, které by mohli probudit zájem a sloužit jako návod. V dokumentu se dále zmiňují osoby, které je třeba kontaktovat při podezření na PPP. Jsou to především rodiče, případně pediatr.

## **8 Problematika PPP v kurikulu**

Problematika PPP je zakotvena v kurikulárních dokumentech jednotlivých škol. Tato kapitola se zaměřuje na rámcově vzdělávací programy (RVP) pro střední zdravotnické školy, konkrétně na obory Praktická sestra, Nutriční asistent a Zdravotnický asistent a na RVP pro gymnázia.

### **8.1 RVP pro střední zdravotnické školy**

Rámcový vzdělávací program pro střední zdravotnické školy je součástí RVP pro střední odborné vzdělání. Tato bakalářská práce se pro své účely zaměřuje konkrétně na obory Praktická sestra, Nutriční asistent a Zdravotnický asistent.

U všech těchto oborů je problematika poruch příjmu potravy zahrnuta v oblasti Vzdělání pro zdraví v učivu Péče o zdraví, sekce Zdraví. Zde je zmíněn i vliv médií a tzv. ideál krásy. Oblastí, kde ani v jednom z daných oborů není problematika explicitně zmíněna, ale rozhodně by mohla být vyučována, je oblast Biologického a ekologického vzdělání, konkrétně učivo o Základech biologie, kde je zmíněna zdravá výživa.

U oboru Nutriční asistent (MŠMT, b2008), jehož absolventi mohou pracovat mimo jiné také jako odborní pracovníci v ambulantních a klinických zdravotnických zařízeních, je problematika PPP dále zahrnuta v oblasti Obory základu poskytování nutriční péče, konkrétně v sekci Léčebná výživa v klinických lékařských oborech, zejména ve vztahu k vnitřnímu lékařství a metabolickým onemocněním, chirurgii, pediatrii, gynekologii, gerontologii, psychiatrii, infekčnímu lékařství a onkologii. Oblastí, kde není problematika poruch příjmu potravy explicitně zahrnuta, je Nutriční péče, konkrétně Preventivní, diagnostická a léčebná nutriční péče.

U oboru Praktická sestra (MŠMT, c2008) není sice problematika explicitně zmíněna v oblasti Základ pro poskytování ošetrovatelské péče v učivu o podpoře zdraví a prevenci nemocí, mohla by však být v rámci tohoto předmětu vyučována s ohledem na to, že se v učivu píše také o zdravém životním stylu.

A v poslední řadě u oboru Zdravotnický asistent (MŠMT, a2008) by daná problematika mohla být vyučována v oblasti Základ pro poskytování ošetrovatelské péče v učivu o prevenci nemocí a zdravotní výchově.

## **8.2 RVP pro gymnázia**

RVP pro gymnázia (Balada, 2007) si klade za cíl, aby absolventi měli všeobecný přehled a mohli tak buďto pokračovat v dalším studiu nebo se uplatnit na trhu práce. Obsah učiva je rozdělen do osmi oblastí, pro účely této bakalářské práce se zaměříme především na oblast Člověk a zdraví, do které patří Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. V předmětu Výchova ke zdraví je učivo o poruchách příjmu potravy přímo zahrnuto. Tento předmět se může stát také dobrou prevencí vzniku onemocnění díky tomu, že jeho učivo zahrnuje psychohygienu, vysvětlení změn probíhajících v období adolescence a nauku o tom, jak zvládat stres. Dále by se problematika PPP mohla vyučovat v oblasti, která je v RVP nazvaná Člověk a příroda, a to konkrétně v Biologii člověka, kde může být zmíněna v rámci negativních vlivů na vývoj člověka. V RVP pro gymnázia (Balada, 2007) se upozorňuje na to, že je vhodné, aby problematika zdraví nebyla pouze oborově zaměřená, ale aby prostupovala celým učivem školy.

## **9 Shrnutí teoretické části**

Poruchy příjmu potravy jsou závažným onemocněním, které postihuje především dívky školního věku. Školní prostředí proto hraje důležitou roli v této problematice. Může působit jako faktor rizikový i preventivní. Zařazení problematiky do školního kurikula a informovanost pedagogů se jeví jako nezbytné. Problematika poruch příjmu potravy je zahrnuta v rámcových vzdělávacích programech středních zdravotnických škol a gymnázií, na které se tato práce primárně zaměřuje. Střední zdravotnické školy mají problematiku PPP zahrnutou v RVP ve větším rozsahu. Vzhledem k tomuto faktu a k různému zaměření středních zdravotnických škol a čtyřletých gymnázií se dá předpokládat, že pedagogové SZŠ jsou v dané problematice více informováni a mají odbornější znalosti než pedagogové, kteří učí na gymnáziích. Všichni učitelé by přesto měli umět rozpoznat projevy alespoň těch nejznámějších poruch příjmu potravy a vědět, jakým způsobem při podezření na projevy tohoto onemocnění u žákyně postupovat, případně jak se mu pokusit předcházet. Právě včasná intervence pedagoga či spolužáků může výrazně zmírnit dopady tohoto onemocnění.

## PRAKTICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

### 10 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na problematiku poruch příjmu potravy u žáků středních zdravotnických škol a čtyřletých gymnázií. Zjišťuje míru informovanosti pedagogů, kteří na vybraných školách působí a v návaznosti na zpracování dané problematiky ve školních vzdělávacích programech a programech primární prevence vybraných škol porovnává, jak je prevence predikována a realizována na vybraných čtyřletých gymnáziích a středních zdravotnických školách. Cílem praktické části je zjistit, zda a jak se liší informovanost pedagogů dvou typů škol o problematice PPP a jak je na školách realizována prevence vzniku PPP.

Stanoveny byly tyto dílčí výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka č. 1:** Jakým způsobem a v jakém rozsahu je problematika PPP obsažena ve školních vzdělávacích programech jednotlivých typů škol

**Výzkumná otázka č. 2:** Jakým způsobem je na daných školách realizována prevence

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaký je rozdíl v míře informovanosti pedagogů středních zdravotnických škol a pedagogů čtyřletých gymnázií o problematice PPP

### 11 Realizace výzkumného šetření a použité metody

Vlastní výzkumné šetření probíhalo ve třech etapách. Nejprve byly zkoumány dokumenty školy a následně proběhlo dotazníkové šetření.

**Etapa 1** proběhla ve dvou fázích. Na vybraných školách proběhlo nejprve studium ŠVP za účelem zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu v nich je problematika PPP obsažena, a to především v kolika a jakých předmětech a v kolikátém ročníku je výuka realizovaná. Poté došlo k porovnání získaných výsledků z obou typů škol.

**Etapa 2** proběhla ve dvou fázích. Na školách došlo ke zkoumání programů primární prevence z hlediska toho, jakým způsobem je v nich prevence vzniku PPP predikována. Poté byly porovnány výsledky z obou typů škol.

**Etapa 3:** Ve třetí etapě bylo použito dotazníkové šetření za účelem zjistit, jak je prevence na školách realizována a jaká je informovanost pedagogů o problematice poruch příjmu potravy. Dotazník byl zcela anonymní a byl sestaven na základě informací, které vyplynuly z dílčích šetření v předchozích etapách a rozeslán pedagogům vybraných škol v elektronické formě. Obsahuje 30 otázek, z toho 8 otevřených a 22 uzavřených, kdy respondenti vybírali z odpovědí, které považovali za nejvýstižnější. Uzavřené otázky č. 1 a 2 a otevřená otázka č. 3 jsou otázky identifikační, které zjišťují informace o respondentech. Otevřené otázky č. 4, 5, 10, 12, 14 a 29 a uzavřené otázky č. 6, 7, 15, 16, 17, 18, 19, 20 a 21 jsou otázky zjišťovací, které sloužily ke zjištění míry informovanosti pedagogů o dané problematice. Uzavřené otázky 8, 11, 13, 22, 23, 24, 26 a 27 zjišťují názor pedagogů, jejich vlastní zkušenosti a postoje. Uzavřené otázky 9, 25 a 28 se zabývají výskytem a prevencí onemocnění na školách a školením pedagogů v oblasti PPP a ověřují realizaci preventivních opatření. Otevřená otázka číslo 30 sloužila jako doplňující, kde měli respondenti možnost přidat další informace k tématu.

Metoda dotazníkového šetření byla zvolena díky možnosti obsáhnout poměrně velký vzorek respondentů a získat tak srovnatelná data. Nevýhodou je však anonymita a fakt, že dotázaní nemusí odpovídat zcela pravdivě. Dle Sedlákové (2014, s. 158) dotazník zaznamenává skutečnost tak, jak ji vidí a jak o ní přemýšlí respondenti, také se sem promítá jejich osobní postoj a co si o svém počínání myslí.

Návratnost rozeslaných dotazníků byla minimální. Z celkového počtu 823 pedagogů, kterým byl dotazník odeslán, si jej zobrazilo pouze 224 pedagogů a dokončilo jej jen 109 pedagogů, návratnost tak byla pouze 13 %. Takto nízké procento je pravděpodobně způsobeno dobou, kdy byl otazník rozeslán. Jednalo se totiž o období koronavirové krize, kdy byly zavřeny školy a učitelé často pracovali z domu a byli mnohdy více zaneprázdněni. Tomu nasvědčuje i fakt, že někteří oslovení učitelé skrz e-mail odepsali, že dotazník nevyplní, protože mají spoustu vlastní práce. Ze 109 pedagogů, kteří dotazník vyplnili, musely být 2 respondentky ze střední zdravotnické školy z šetření odstraněny, protože na otevřené otázky neodpovídaly k tématu, jejich odpovědi byly např. „Kdo koho zkouší“, „Myslím, že je to nevhodná otázka pro učitele“ a „Tak na to nemám čas ani chuť vyplňovat.“. Do dotazníkového šetření tak bylo zahrnuto celkem 107 respondentů.



## 12 Výběr respondentů

K výzkumnému šetření bylo vybráno šestnáct škol, osm středních zdravotnických škol a osm gymnázií, která nabízela možnost čtyřletého studia. Zastoupeny byly školy z různých regionů. Kvůli dodržení anonymity nebudou v této práci názvy škol zmíněny. Jsou k dispozici u autorky práce. Na těchto školách bylo zjišťováno ošetření problematiky PPP v rámci jejich školních vzdělávacích programů a programů primární prevence. Následně byl rozeslán online dotazník jednotlivým pedagogům těchto škol. Respondenti byli různého pohlaví, oborového zaměření a měli různou zkušenost s výskytem žáků s poruchami příjmu potravy během své praxe. Celkem odpovídalo 107 pedagogů a pedagožek, z toho 52 z gymnázií a 55 ze středních zdravotnických škol.

## 13 Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace

Dílčí výsledky jsou rozděleny podle jednotlivých etap.

### **Etapu 1: Problematika PPP v ŠVP škol**

#### **Fáze 1**

##### **a) Střední zdravotnické školy**

U středních zdravotnických škol byly zkoumány pouze ŠVP oborů Praktická sestra, Zdravotnické lyceum, Zdravotnický asistent a Nutriční asistent, jelikož absolventi těchto oborů se ve své praxi mohou setkat s pacienty s poruchami příjmu potravy. Každá škola z osmi zkoumaných zdravotnických škol vyučuje obor Praktická sestra, ostatní obory jsou zastoupené v různé míře, obor Zdravotnické lyceum má sedm škol, obor Zdravotnický asistent pět škol a obor Nutriční asistent jen tři z osmi škol. Pro větší přehled jsou střední zdravotnické školy očíslovány a výpis oborů a předmětů je vypsán do tabulek č. 1-8 uvedených níže.

**Tabulka 1: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 1**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výchova ke zdraví, Ošetrovatelství: V obou předmětech není problematika napsána explicitně, uvedeno je jen učivo o zdravém životním stylu a zdravém způsobu stravování. U obou předmětů probíhá tato výuka především v 1. ročníku.

Zdravotnické lyceum	Učivo PPP opět není explicitně zmíněno, výuka o zdravém životním stylu probíhá v 1. ročníku v předmětu Výchova ke zdraví.
Zdravotnický asistent	Učivo PPP opět není explicitně zmíněno, výuka o zdravém životním stylu probíhá v 1. ročníku v předmětu Výchova ke zdraví.

**Tabulka 2: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 2**

Obory	Výpis učiva
Praktická sestra	Výchova ke zdraví, Ošetřovatelství: V obou předmětech není problematika uvedena explicitně, uvedeno je jen učivo o zdravém životním stylu a zdravém způsobu stravování. U obou předmětů probíhá tato výuka především v 1. ročníku.
Zdravotnické lyceum	Učivo PPP opět není explicitně zmíněno, výuka o zdravém životním stylu probíhá v 1. ročníku v předmětu Výchova ke zdraví.

**Tabulka 3: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 3**

Obory	Výpis učiva
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku.
Zdravotnické lyceum	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku.
Zdravotnický asistent	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku.
Nutriční asistent	Výuka problematiky PPP probíhá ve 4. ročníku v předmětech Klinická dietologie a Léčebná výživa. V předmětu Zdravověda je navíc ve druhém ročníku zmíněn mediální obraz krásy a zdravý životní styl.

Tato škola má navíc ve svém ŠVP jako dlouhodobý projekt uvedenu podporu zdravé životosprávy.

**Tabulka 4: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 4**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu ve druhém ročníku Výchovy ke zdraví a v prvním ročníku Ošetrovatelství.
Zdravotnické lyceum	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu v prvním ročníku Výchovy ke zdraví.
Zdravotnický asistent	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu ve druhém ročníku Výchovy ke zdraví.

**Tabulka 5: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 5**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu v prvním ročníku Výchovy ke zdraví a v prvním ročníku Ošetrovatelství.
Zdravotnické lyceum	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu v prvním ročníku Výchovy ke zdraví.
Zdravotnický asistent	Výuka problematiky PPP není explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu v prvním ročníku Výchovy ke zdraví a v prvním ročníku Ošetrovatelství.

**Tabulka 6: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 6**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Ochrana zdraví a prevence nemocí v prvním ročníku.
Zdravotnické lyceum	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Ochrana a podpora zdraví v prvním ročníku a ve čtvrtém ročníku

	v předmětech Ošetrovatelský zdravotnický seminář a Seminář z psychologie a komunikace.
--	--

**Tabulka 7: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 7**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP probíhá ve čtvrtém ročníku v předmětech Ošetrovatelství a Psychologie a komunikace. V předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku není problematika explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu a obrazu krásy.
Zdravotnické lyceum	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětu Psychologie především ve čtvrtém ročníku, ve stejném předmětu ve třetím ročníku je zmíněn mediální obraz krásy. V předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku není problematika explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu.
Nutriční asistent	Výuka problematiky PPP probíhá ve druhém ročníku v předmětu Péče o zdraví a ve čtvrtém ročníku v předmětech Klinika nemocí a Léčebná výživa.

**Tabulka 8: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 8**

<b>Obory</b>	<b>Výpis učiva</b>
Praktická sestra	Výuka problematiky PPP probíhá ve čtvrtém ročníku v předmětu Ošetrovatelství. V předmětu Výchova ke zdraví v prvním ročníku není problematika explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu.
Zdravotnický asistent	Výuka problematiky PPP probíhá ve čtvrtém ročníku v předmětu Ošetrovatelství. V předmětu Výchova ke zdraví ve druhém ročníku není problematika explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu.
Nutriční asistent	Výuka problematiky PPP probíhá v předmětech Výživa člověka a Dietologie. V předmětu Výchova ke zdraví ve třetím

	ročníku není problematika explicitně uvedena, zmíněno je učivo o zdravém životním stylu.
--	--

## **b) Čtyřletá gymnázia**

Z osmi zkoumaných gymnázií 1 nemělo ve svém školním vzdělávacím programu problematiku PPP nijak uvedenou, chybělo i učivo o zdravém stravování. Toto gymnázium však ve svém preventivním programu mělo přesto informaci, že se žáci o PPP učí v rámci předmětů Biologie a Chemie. Ostatních 7 gymnázií mělo učivo o PPP zahrnuto v předmětu Biologie, 1 gymnázium mělo zmíněno učivo o zdravém způsobu stravování navíc v předmětu Chemie, a to ve 3. ročníku.

Většina z těchto 7 gymnázií neměla problematiku PPP ve svém školním vzdělávacím plánu zahrnutou explicitně, často se jednalo jen o poznámku o učivu o zdravém způsobu stravování. Jen dvě školy měly explicitně zmíněno, že se žáci o problematice PPP učí. U pěti škol probíhala forma výuky o problematice PPP v hodinách Biologie ve 3. ročníku, u jedné školy ve 2. a u jedné až ve 4. ročníku. Ani jedno ze zkoumaných gymnázií navíc nemělo samostatný předmět Výchova ke zdraví, který je obsažen v RVP pro gymnázia. Tento předmět se stal součástí předmětu Biologie.

Dvě gymnázia mají ve svém ŠVP v dlouhodobých projektech zmíněny programy na podporu zdravého životního stylu, jedna z těchto škol má projekt konkrétně zaměřený na prevenci vzniku PPP.

## **Fáze 2: Porovnání dílčích výsledků**

Jak bylo možné předpokládat, střední zdravotnické školy mají ve svých ŠVP problematiku PPP zahrnutou ve větším měřítku, jednalo se často o dvojnásobný až trojnásobný počet předmětů, ve kterých byla tato problematika nějakým způsobem vyučována. U středních zdravotnických škol probíhá navíc tato výuka již v prvním nebo druhém ročníku, kdežto u gymnázií až ve třetím ročníku, což se z hlediska prevence vzniku onemocnění zdá být poměrně pozdě, když uvážíme, že anorexie vzniká již v 15 letech, případně dříve. Pravděpodobně to však souvisí s tím, že gymnázia na rozdíl od druhého typu škol nemají vyučovací předmět, který by byl speciálně zaměřený na diagnostiku nemocí. Problematika PPP je zahrnuta většinou jen v předmětu Biologie, kde výuka postupuje vzestupně

od nejzákladnějších forem života a na výuku o člověku a jeho zdraví se tak dostane až téměř v posledním ročníku.

Tabulka č. 9 ukazuje počet škol, které mají problematiku poruch příjmu potravy v některém ze svých předmětů explicitně zmíněnou. Zbylé školy mají uvedeno alespoň učivo o zdravém životním stylu, jen jedno gymnázium nemá problematiku PPP nijak uvedenou.

Tabulka 9: Školy s explicitně zmíněnou problematikou PPP v kurikulu

Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
4 školy	50 %	1 škola	12,5 %

Vyhodnocení výsledků ukázalo značnou nerovnoměrnost v zařazení problematiky PPP do školního kurikula těchto dvou typů škol, což je vzhledem k jejich odlišnému zaměření pochopitelné a předpokladatelné.

## **Etapu 2: Problematika PPP v programech primární prevence**

### **Fáze 1**

#### **a) Gymnázia**

Gymnázium, které ve svém ŠVP nemělo o PPP zmínku, ve svém preventivním programu uvádí, že se na škole poruchy příjmu potravy vyskytují a z toho důvodu se koná seminář, který je na tuto tematiku zaměřený. Zároveň uvádí, že se o dané problematice žáci učí v rámci Biologie a Chemie, čímž vzniká zajímavý nesoulad mezi PP a ŠVP. Jedno gymnázium uvádí přednášku o anorexii a bulimii, která probíhá v 1. ročníku. Dalších 5 škol má v programech jen zmínku o zdravém životním stylu a jedna škola nemá o problematice žádnou zmínku. Tato škola měla však ve svém ŠVP popsán vzdělávací projekt zaměřený na prevenci vzniku PPP.

#### **b) Střední zdravotnické školy**

Jedna střední škola uvedla, že vnímá PPP jako riziko, kterému se snaží předcházet a také, že spolupracuje s občanským sdružením Anabell. Jedna škola se zmiňuje o zdravém životním stylu, kladném vztahu ke svému tělu, nebezpečnému vlivu médií a snaze upozorňovat na nebezpečné poruchy příjmu potravy. Ostatních 6 škol má ve svých preventivních programech pouze zmínku o tom, že se u svých žáků snaží předcházet vzniku rizikového chování, do kterého patří i riziko vzniku PPP. žádná ze škol nemá explicitně zmíněno ve svém programu primární prevence pořádání seminářů či besed s tematikou PPP.

## Fáze 2: Porovnání dílčích výsledků

Preventivní programy obou typů škol jsou zaměřeny především na rizika šikany, kyberprostoru a pobírání návykových látek. Problematiku PPP školy v programech primární prevence řeší, až na pár výjimek, velmi okrajově a zároveň téměř žádná ze škol (až na 1 gymnázium) neuvádí poruchy příjmu potravy jako riziko, které by výrazně často ohrožovalo jejich žáky, jak je uvedeno v tabulce 10. Z toho lze soudit, že se na těchto školách poruchy příjmu potravy většinou nevyskytují, bylo by tedy nasnadě se domnívat, že mají školy vyvinutý účinný program prevence vzniku PPP. V programech primární prevence však pouze 2 gymnázia z celkového počtu 16 škol mají v uvedeno, že pro žáky pořádají semináře či programy, které působí jako prevence vzniku poruch příjmu potravy a pouze jedna zdravotnická škola spolupracuje s organizací, která se problematikou PPP zabývá. Vzhledem k tomu, že dívky středoškolského věku patří k ohrožené skupině, u které PPP mohou propuknout, bylo by vhodné, aby školy programy s tematikou poruch příjmu potravy či zdravého životního stylu do svých PP zařadily. Tabulka č. 10 uvádí školy, které mají ve svém programu primární prevence obsaženou problematiku poruch příjmu potravy.

Tabulka 10: Počet škol, které mají v PP obsaženou problematiku PPP

Údaje z programů prevence	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Výskyt PPP na škole	0 škol	0 %	1 škola	12,5 %
Semináře s tematikou PPP	0 škol	0 %	2 školy	25 %
Spolupráce s organizací zabývající se PPP	1 škola	12,5 %	0 škol	0 %

## Etapa 3: Dotazníkové šetření

Výsledky dotazníkového šetření se vztahují k dílčím výzkumným otázkám č. 2 a 3. Dotazník byl sestaven na základě dílčích výsledků etap 1 a 2. Respondentům byl dotazník rozeslán v elektronické podobě a byl zcela anonymní. Na následujících několika stranách jsou analyzovány odpovědi respondentů.

### **Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?**

Tabulka č. 11 ukazuje množství odpovídajících mužů a žen z celkového počtu respondentů. Ze 107 respondentů bylo 89 žen a 18 mužů. Takto markantní převaha žen není na středních školách potažmo v celém českém školství ničím ojedinělá.

**Tabulka 11: Zastoupení počtu odpovídajících mužů a žen**

<b>Žena</b>		<b>Muž</b>	
89 respondentů	83,18 %	18 respondentů	16,82 %



## **Otázka č. 2: Na jakém typu školy pracujete?**

Na gymnáziu pracovalo 52 respondentů a na střední zdravotnické škole 55 respondentů, jak je uvedeno v tabulce č. 12. Původně bylo číslo respondentů ze zdravotnických škol o 2 jednotky vyšší, jelikož však respondentky na otevřené otázky, jak bylo zmíněno výše, v podstatě neodpověděly, byly z šetření vyřazeny.

**Tabulka 12: Místo působení respondentů**

<b>Střední zdravotnická škola</b>		<b>Gymnázium</b>	
55 respondentů	51,4 %	52 respondentů	48,6 %

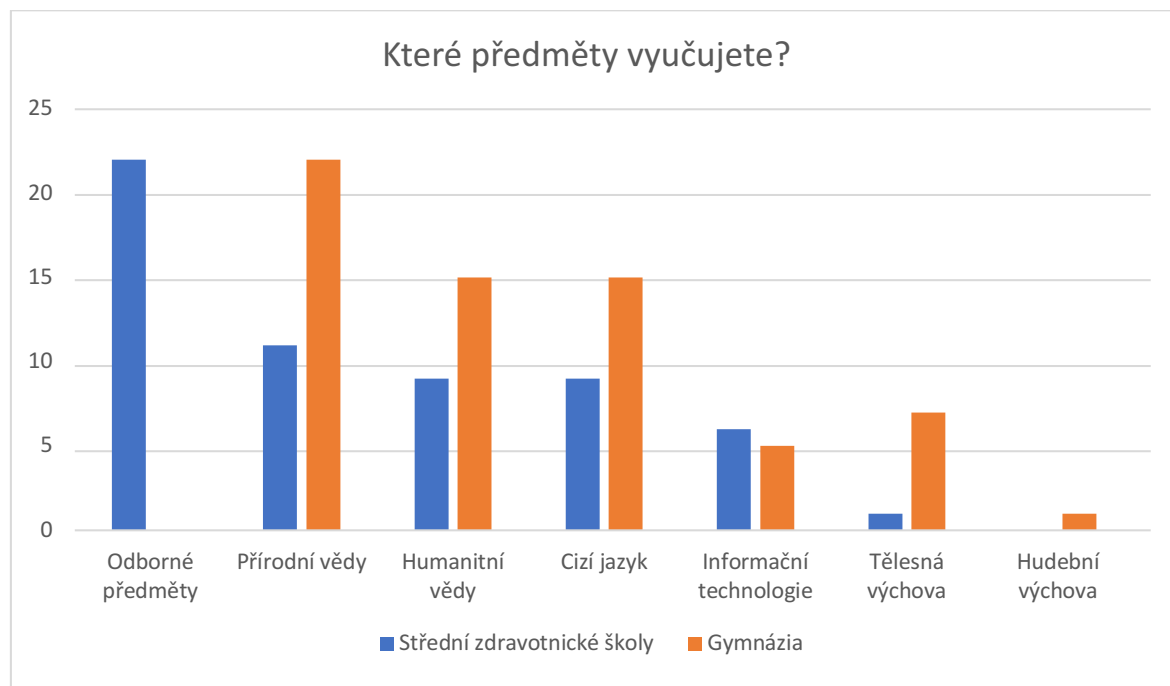
### Otázka č. 3: Které předměty vyučujete?

Tato otázka byla koncipovaná jako otevřená otázka. Oslovení respondenti vyučovali široké spektrum předmětů. Pro větší přehlednost tak byly vyučovací předměty rozděleny do jednotlivých sekcí následovně: **Odborné předměty** (Ošetrovatelství, Klinika nemoci, Dietologie, Psychologie, První pomoc, Zdravotní nauka, Veřejné zdravotnictví, Zhotovování stomatologických protéz, Odborné praxe, Pečovatelství, Sociální péče, Sociální politika, Pediatrie, Základy klinických oborů, Somatologie, Veřejné zdravotnictví, Speciální pedagogika, Masáže, Rehabilitační ošetrovatelství, Vyšetřování pohybového systému, Chirurgie, Ošetrování nemocných, Kreslení a modelování a Klinická propedeutika), **Přírodní vědy** (Biologie, Chemie, Fyzika, Matematika, Deskriptivní geometrie a Zeměpis), **Humanitní vědy** (Český jazyk, Základy společenských věd, Dějepis, Občanská výchova, Sociologie a Právo), **Cizí jazyky** (Anglický, Německý a Francouzský jazyk), **Informační technologie**, **Tělesná výchova a Hudební výchova**. Ze 107 pedagogů učilo 41 osob pouze jeden předmět, 66 učitelů mělo aprobaci dvou a více předmětů. V tabulce č. 13 je zaznamenáno oborové zaměření respondentů podle počtu výskytů v jednotlivých odpovědích. V případě, že měl pedagog v odpovědi uvedeno dva a více předmětů ze stejné kategorie, byla tato kategorie započítána pouze jednou. V dotazníkovém šetření je zastoupeno poměrně velké množství pedagogů, kteří učí odborné předměty a viditelně větší je oproti středoškolským zdravotnickým učitelům zastoupení gymnazijních pedagogů, kteří učí přírodní vědy, a to přesně dvojnásobné množství, jak jde vidět v grafu č. 1.

**Tabulka 13: Vyučovací předměty podle počtu výskytů v odpovědích respondentů**

Odpověď	Střední zdravotnické školy	Gymnázia
Odborné předměty	22 výskytů	0 výskytů
Přírodní vědy	11 výskytů	22 výskytů
Humanitní vědy	9 výskytů	15 výskytů
Cizí jazyk	9 výskytů	15 výskytů
Informační technologie	6 výskytů	5 výskytů
Tělesná výchova	1 výskyt	7 výskytů
Hudební výchova	0 výskytů	1 výskyt

**Graf 1: Vyučovací předměty podle počtu výskytů v odpovědích respondentů**



#### Otázka č. 4: Stručně definujte, co jsou poruchy příjmu potravy (PPP).

Jednalo se o otevřenou otázku, odpovědi respondentů jsou zobrazeny v tabulce č. 14 a grafu č. 2. Odpovědi respondentů byly rozděleny do několika sekcí – **Poruchy spojené s jídlem** (zahrnuje: přejídání, hladovění, zvracení, změnu stravovacích návyků, chorobnou posedlost jídlem a psychické problémy, které se projevují nestandardním způsobem příjmu potravy), **Poruchy spojené s jídlem a zkresleným vnímáním vlastního těla**, **Anorexie a bulimie** (jako samostatná odpověď, která nezahrnovala jinou odpověď než jeden, případně oba z těchto pojmů), **Obezita**, **Špatné zažívání**.

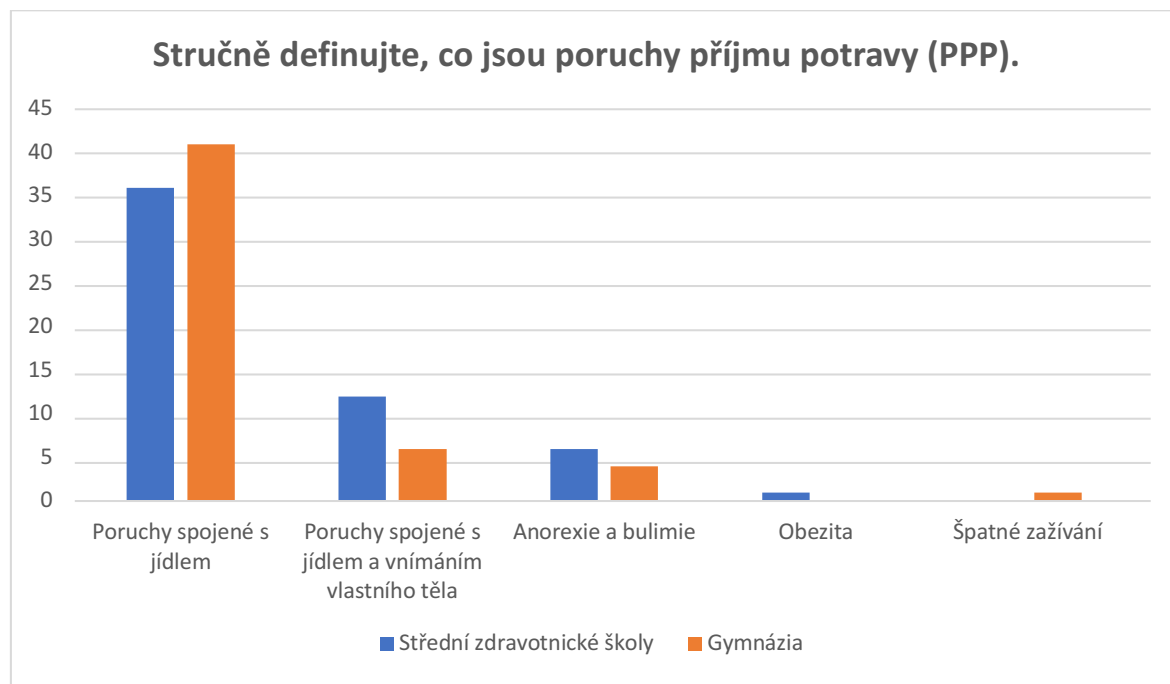
Definice, že PPP jsou „poruchy spojené s jídlem“ či „poruchy spojené s jídlem a vnímáním vlastního těla“, mohou být obě vnímány jako správné, záleží jen na tom, k jakým konkrétním typům PPP se vztahují. Nejlépe však tuto otázku zodpověděl respondent č. 59: „*Psychické nemoci, které jsou obvykle způsobeny nespokojeností s vlastním vzhledem.*“, případně respondent č. 21: „*Psychické onemocnění, kdy nemocný má potíže s příjmem potravy, ne z důvodu orgánového, ale z důvodu psychického, např. neadekvátně vnímá svoje tělo...*“.

Naopak definování poruch příjmu potravy jakožto obezity či špatného zažívání je odpovědí chybnou. Obezita může být průvodním projevem či příčinou vzniku PPP, do poruch příjmu potravy však nepatří, stejně tak jako špatné zažívání. Respondenti, kteří odpověděli na otázku definice PPP pouze odpověmi Anorexie/bulimie bez jakéhokoliv bližšího popisu, odpověděli také špatně. Úspěšnost v této otázce však byla vcelku vysoká u respondentů z obou typů škol.

**Tabulka 14: Definice PPP uvedené respondenty**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Poruchy spojené s jídlem	36 respondentů	65,45 %	41 respondentů	78,85 %
Poruchy spojené s jídlem a vnímáním vlastního těla	12 respondentů	21,82 %	6 respondentů	11,54 %
Anorexie a bulimie	6 respondentů	10,91 %	4 respondenti	7,69 %
Obezita	1 respondent	1,82 %	0 respondentů	0 %
Špatné zažívání	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 2: Definice PPP uvedené respondenty**



**Otázka č. 5: Uved'te všechny typy poruch příjmu potravy, které znáte.**

Jednalo se o otevřenou otázku, počet výskytů jednotlivých odpovědí respondentů je uveden v tabulce č. 15. Odpovědi, které k typům poruch nepatří, byly zařazeny do jedné společné kategorie. Mezi tyto odpovědi patří obezita, kterou uvedlo překvapivě 8 respondentů ze středních zdravotnických škol a 2 respondenti z gymnázia. Respondenti středních zdravotnických škol dále chybně uvedli vegetariánství spolu s veganstvím, raw food a makrobiotiky, kachexii, porušenou trávicí soustavu, diety, dehydrataci a dyspepsii. Respondenti z gymnázií chybně uvedli podvýživu, psychický stres, alergie a genetické poruchy, celiakie, chew and spit, koprofilií a manorexii, která nebyla do správných odpovědí zařazena proto, že není jako PPP klasifikována, takto jen někteří autoři označují anorexii u mužů. Mezi správné odpovědi bylo však zařazeno noční přejídání, protože jej jako PPP klasifikuje DSM-5 (2013).

Nejvíce zastoupeny v odpovědích respondentů byly jedny z nejznámějších PPP, anorexie a bulimie, obě tyto poruchy uvedli shodně všichni respondenti ze středních zdravotnických škol. Z tabulky č. 15 tak vyplývá, že učitelé obou typů škol mají dobré povědomí o nejznámějších a základních poruchách příjmu potravy, ovšem méně známé PPP (atypické formy a onemocnění pica) uvedli jen 2 učitelé středních zdravotnických škol a to i přes to, že v odpovědi č. 3 uvedla většina těchto pedagogů odborné předměty, ve kterých o dané problematice vyučují, tudíž by měli mít hlubší odborné znalosti. Onemocnění pica navíc uvedla respondentka č. 11, která na škole vyučuje pouze anglický jazyk.

**Tabulka 15: Počet výskytů jednotlivých typů PPP v odpovědích respondentů**

<b>Odpověď</b>	<b>Střední zdravotnické školy</b>	<b>Gymnázia</b>
Anorexie	55 výskytů	51 výskytů
Bulimie	55 výskytů	49 výskytů
Záchvatovité přejídání	18 výskytů	9 výskytů
Noční přejídání	2 výskyty	0 výskytů
Atypické formy AN a BN	1 výskyt	0 výskytů
Orthorexie, bigorexie, drunkorexie	10 výskytů	3 výskyty
Pica	1 výskyt	0 výskytů
Příznaky či onemocnění, které nepatří mezi PPP	14 výskytů	10 výskytů
Nevím	0 výskytů	1 výskyt

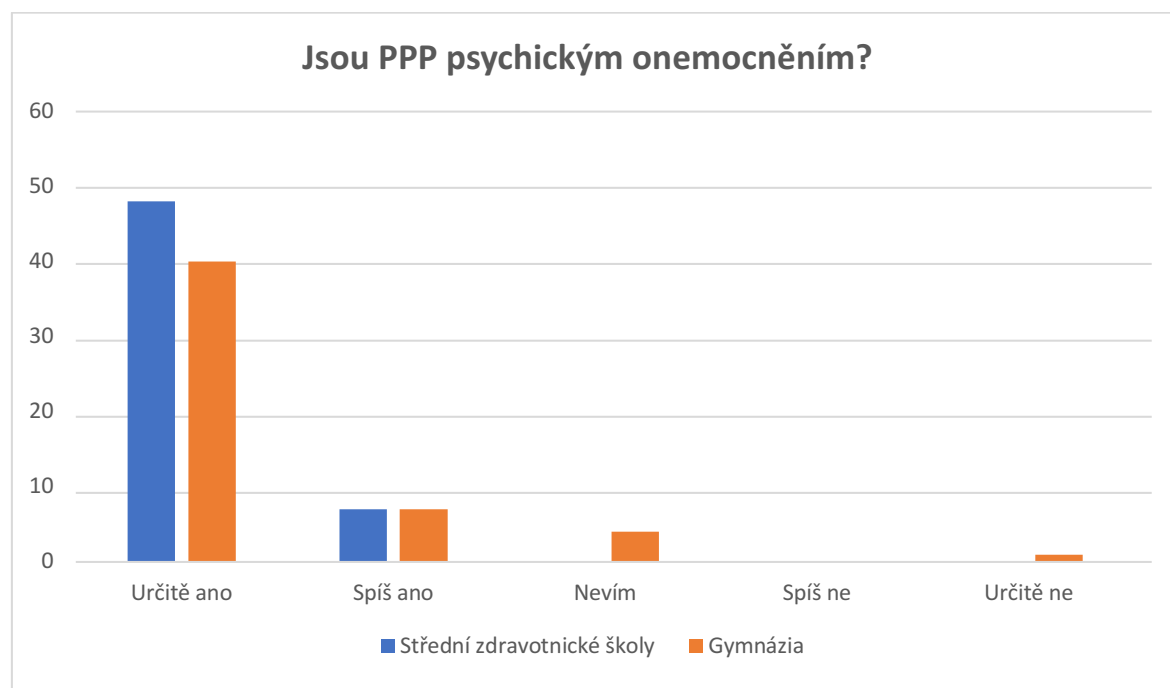
### Otázka č. 6: Jsou PPP psychickým onemocněním?

Tabulka č. 16 ukazuje, že většina respondentů se správně domnívá, že PPP jsou psychickým onemocněním.

**Tabulka 16: PPP jako psychické onemocnění**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	48 respondentů	87,27 %	40 respondentů	76,93 %
Spíš ano	7 respondentů	12,73 %	7 respondentů	13,46 %
Nevím	0 respondentů	0 %	4 respondenti	7,69 %
Spíš ne	0 respondentů	0 %	0 respondentů	0 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 3: PPP jako psychické onemocnění**





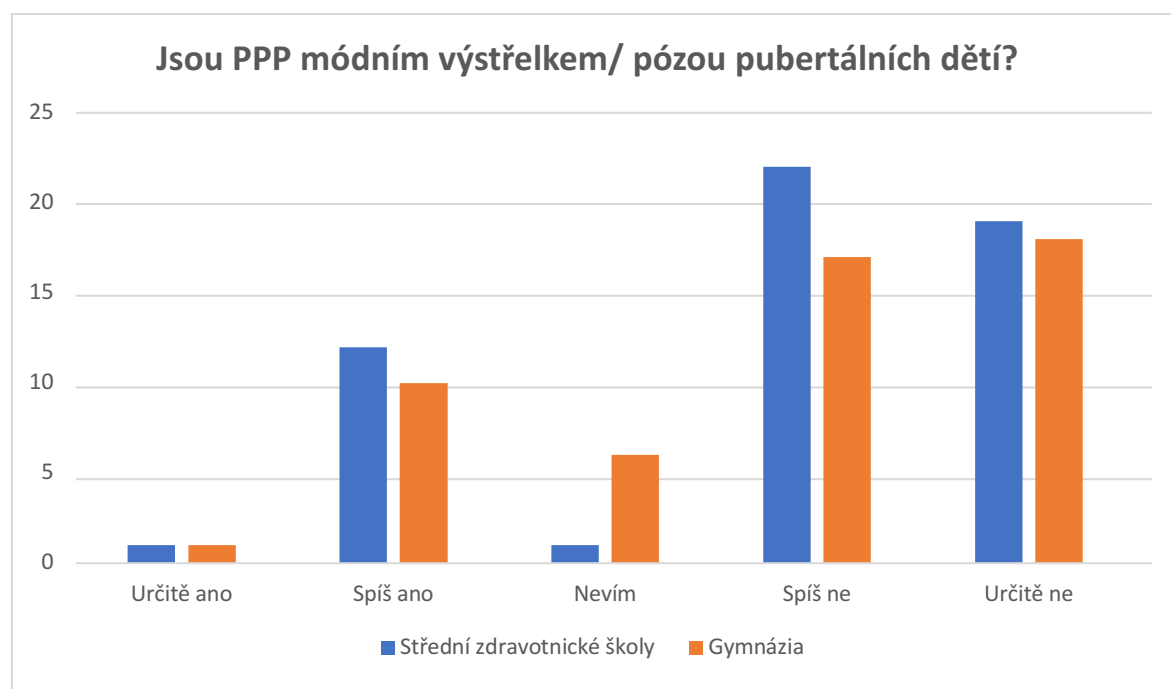
### Otázka č. 7: Jsou PPP módním výstřelkem/ pózou pubertálních dětí?

Z tabulky č. 17 vyplývá, že většina učitelů z obou typů škol zvolila na tuto otázku zápornou odpověď. Překvapivé je, že odpověď „Určitě ano“ uvedla respondentka ze střední zdravotnické školy, která vyučuje odborné předměty. Odpověď „Spíš ano“ uvedly mimo jiné 4 učitelky odborných předmětů, z toho 2 uvedly, že učí také psychologii. A tutéž odpověď zaškrtnli také 4 respondenti, kteří učí biologii na gymnáziu, ve které je dle ŠVP problematika PPP obsažená.

**Tabulka 17: PPP jako módní výstřelek/póza pubertálních dětí**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	1 respondent	1,82 %	1 respondentů	1,92 %
Spíš ano	12 respondentů	21,82 %	10 respondentů	19,23 %
Nevím	1 respondent	1,82 %	6 respondentů	11,54 %
Spíš ne	22 respondentů	40 %	17 respondentů	32,69 %
Určitě ne	19 respondentů	34,54 %	18 respondentů	34,62 %

**Graf 4: PPP jako módní výstřelek/póza pubertálních dětí**



**Otázka č. 8: Setkal/a jste se při své praxi se žákem či žákyní s PPP?**

Tabulka č. 18 zaznamenává počet respondentů, kteří se s problematikou PPP u svých žáků během své praxe setkali. Množství pozitivních odpovědí naznačuje, že poruchy příjmu potravy jsou problémem, který se u žáků vyskytuje v poměrně vysoké míře.

**Tabulka 18: Setkání respondentů se žákem či žákyní s PPP během učitelské praxe**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Ano	48 respondentů	87,27 %	41 respondentů	78,85 %
Ne	4 respondenti	7,27 %	6 respondentů	11,54 %
Nevím	3 respondenti	5,46 %	5 respondentů	9,61 %

### **Otázka č. 9: Je na vaší škole v současné době žák/ žákyně s PPP?**

Tabulka č. 19 ukazuje, že poměrně velké množství respondentů z obou typů škol se s problematikou PPP u žáků aktuálně potýká. To je velice zajímavé, protože výskyt této problematiky na škole mělo ve svém preventivním programu uvedeno jen jedno gymnázium. Tím však vzniká zásadní nesoulad mezi informacemi uváděnými v dokumentu školy a realitou škol.

Zarážející je také vysoké číslo respondentů, kteří uvedli, že neví, zda se na škole, kde aktuálně působí, problematika vyskytuje. Domnívám se, že by učitelé měli mít alespoň základní přehled o tom, jaké patologické jevy se na jejich školách u žáků vyskytují.

**Tabulka 19: Aktuální výskyt PPP na škole**

<b>Odpověď</b>	<b>Střední zdravotnické školy</b>		<b>Gymnázia</b>	
Ano	32 respondentů	58,18 %	29 respondentů	55,77 %
Ne	5 respondentů	9,09 %	2 respondenti	3,85 %
Nevím	18 respondentů	32,73 %	21 respondentů	40,38 %

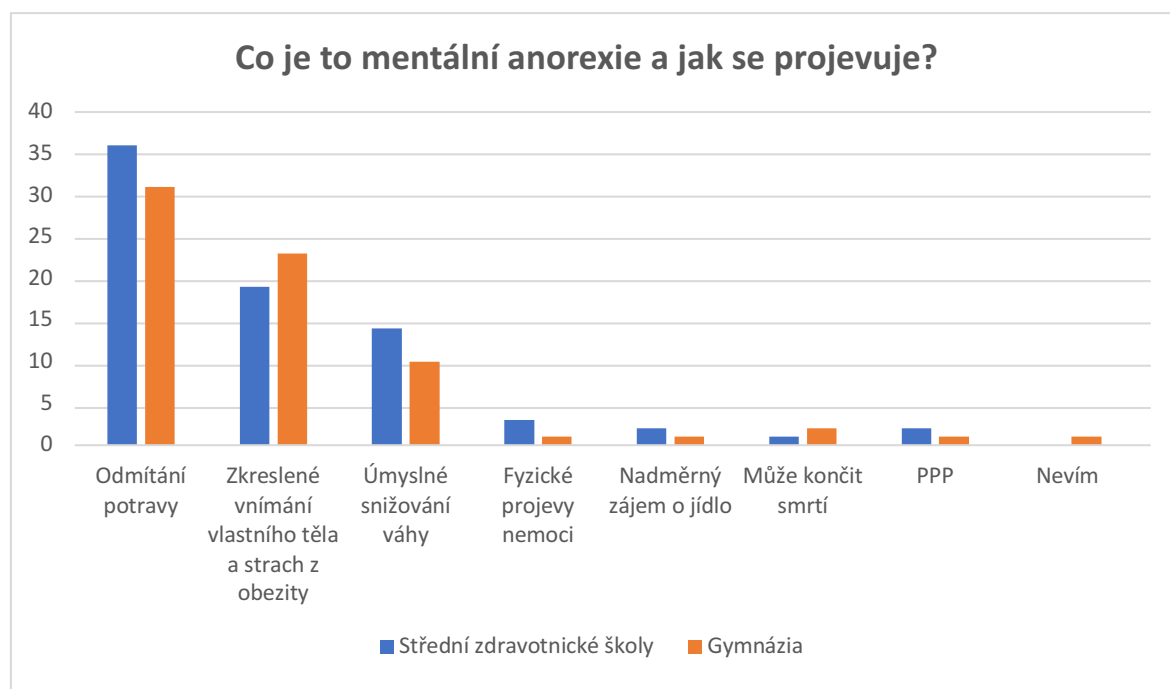
### Otázka č. 10: Co je to mentální anorexie a jak se projevuje?

Jednalo se o otevřenou otázku. Jednotlivé odpovědi respondentů byly rozřazeny do tematických celků. Tabulka č. 20 se zaměřuje na počet výskytů těchto celků v odpovědích učitelů. Ukazuje, že respondenti nejčastěji ve svých odpovědích spojují mentální anorexii s odmítáním potravy, což není zcela správná definice. Dle MKN-10 (2020) je příznakem anorexie omezený výběr jídla, jeho úplné odmítání se nezmiňuje. Anorektičky zpravidla nějaké jídlo konzumují, i když se jedná o jídlo s minimální kalorickou hodnotou či o velmi zredukované množství potravy. Nemocní mají kromě patologických jídelních zvyklostí také narušené vnímání své tělesné struktury a chorobný strach z přibrání, což ve svých odpovědích uvedlo menší množství respondentů. Správné odpovědi, které se týkaly projevů či definice anorexie, byly zahrnuty v kategoriích Zkreslené vnímání vlastního těla a strach z obezity, Úmyslné snižování váhy, Fyzické projevy nemoci a Nadměrný zájem o jídlo.

**Tabulka 20: Definice a projevy mentální anorexie uváděné respondenty**

Odpověď	Střední zdravotnické školy	Gymnázia
Odmítání potravy	36 výskytů	31 výskytů
Zkreslené vnímání vlastního těla a strach z obezity	19 výskytů	23 výskytů
Úmyslné snižování váhy	14 výskytů	10 výskytů
Fyzické projevy nemoci	3 výskyty	1 výskyt
Nadměrný zájem o jídlo	2 výskyty	1 výskyt
Může končit smrtí	1 výskyt	2 výskyty
PPP	2 výskyty	1 výskyt
Nevím	0 výskytů	1 výskyt

**Graf 5: Definice a projevy mentální anorexie uváděné respondenty**



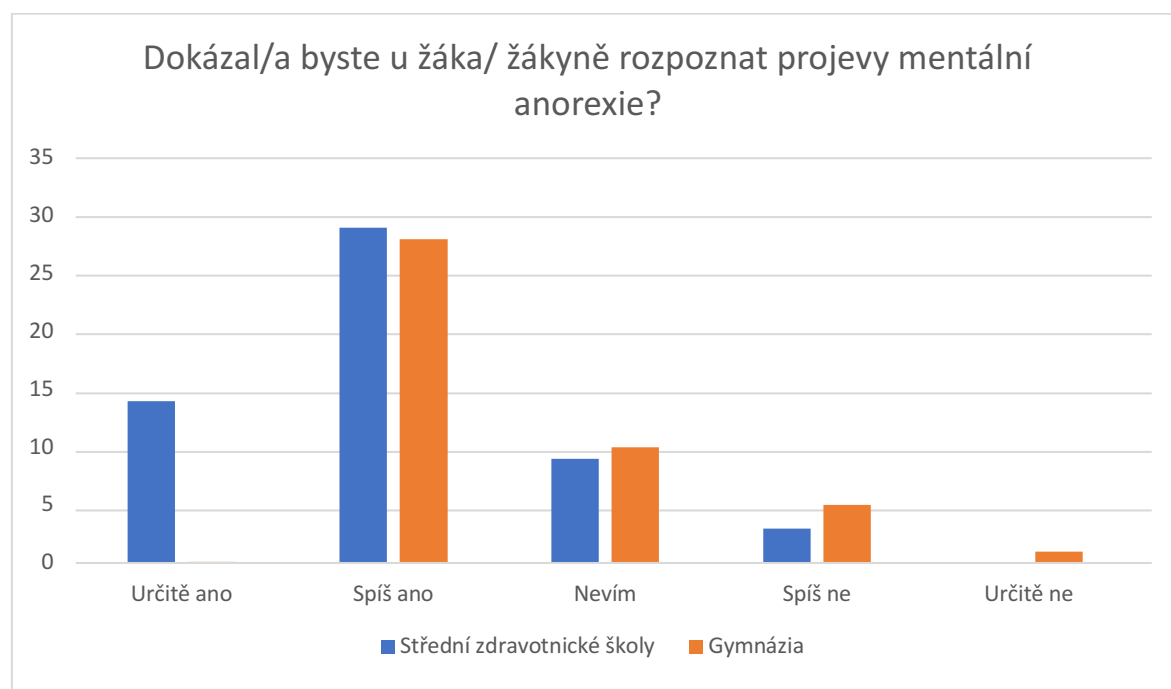
### Otázka č. 11: Dokázal/a byste u žáka/žákyně rozpoznat projevy mentální anorexie?

Tabulka č. 21 ukazuje, že velké množství respondentů se domnívá, že by projevy mentální anorexie u žáků poznali, ačkoliv většina z nich v předchozí otázce uvedla jako projev především odmítání potravy. To, zda žáci jí nebo nejí, je pro pedagogy na středních školách však těžko zjištěitelné, protože o přestávkách či obědových pauzách u žáků učitelé nemohou sedět a neustále je kontrolovat a ani by to nebylo vhodné. Učitelé tak mohou anorexiu poznat na základě viditelných fyzických projevů, jako je např. výrazně nízká tělesná hmotnost. Tyto projevy však v otázce č. 10 uvedlo pouze velmi malé množství respondentů.

**Tabulka 21: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální anorexie**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	14 respondentů	25,46 %	8 respondentů	15,38 %
Spíš ano	29 respondentů	52,73 %	28 respondentů	53,85 %
Nevím	9 respondentů	16,36 %	10 respondentů	19,23 %
Spíš ne	3 respondenti	5,45 %	5 respondentů	9,62 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 6: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální anorexie**



### Otázka č. 12: Co je to mentální bulimie a jak se projevuje?

Jednalo se o otevřenou otázku. Jednotlivé odpovědi respondentů byly rozřazeny do tematických celků. Tabulka č. 22 ukazuje, že respondenti nejčastěji ve svých odpovědích zvolili správnou definici mentální bulimie, tj. nutková touha po jídle, přejídání, zvracení/užívání projímadel, nebo přejedení doprovázené výčitkami. Jen 4 respondenti z gymnázií chybně spojili bulimii s odmítáním jídla, neschopností udržet potravu či odpověděli „Nevím“ nebo „PPP“. V odpovědích respondentů však zcela chybí, že bulimie stejně jako anorexie souvisí s nadměrným pozorováním svých tělesných tvarů.

**Tabulka 22: Definice a projevy mentální bulimie uváděné respondenty**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Nutková touha po jídle, přejídání, zvracení/ užívání projímadel	52 respondentů	94,55 %	48 respondentů	92,32 %
Přejedení doprovázené výčitkami	3 respondenti	5,45 %	0 respondentů	0 %
Záměrné nepřijímání potravy	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %
Neschopnost udržet potravu	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %
PPP	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %
Nevím	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

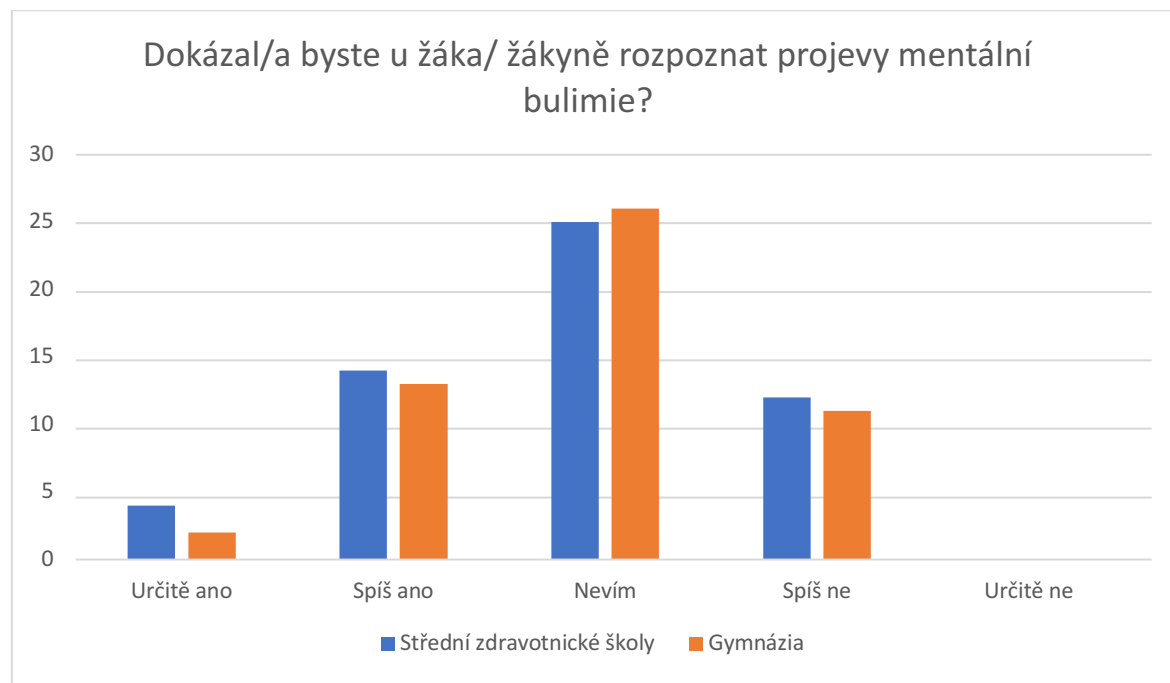
### Otázka č. 13: Dokázal/a byste u žáka/žákyně rozpoznat projevy mentální bulimie?

Z tabulky č. 23 vyplývá, že oproti odpovědím na otázku č. 11, u mentální bulimie výrazně větší množství respondentů uvedlo, že neví, zda by projevy tohoto onemocnění poznali a to i přesto, že projevy popsali v otázce č. 12 téměř všichni správně. Toto je pravděpodobně zapříčiněno tím, že fyzické projevy této nemoci nejsou na první pohled úplně zřejmé a příznaky, jako je např. zvracení a přejídání, jsou opět pro pedagogy těžko zjistitelné.

**Tabulka 23: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální bulimie**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	4 respondenti	7,27 %	2 respondenti	3,85 %
Spíš ano	14 respondentů	25,46 %	13 respondentů	25 %
Nevím	25 respondentů	45,45 %	26 respondentů	50 %
Spíš ne	12 respondentů	21,82 %	11 respondentů	21,15 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	0 respondentů	0 %

**Graf 7: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální bulimie**





#### Otázka č. 14: Jaké jsou příčiny vzniku PPP?

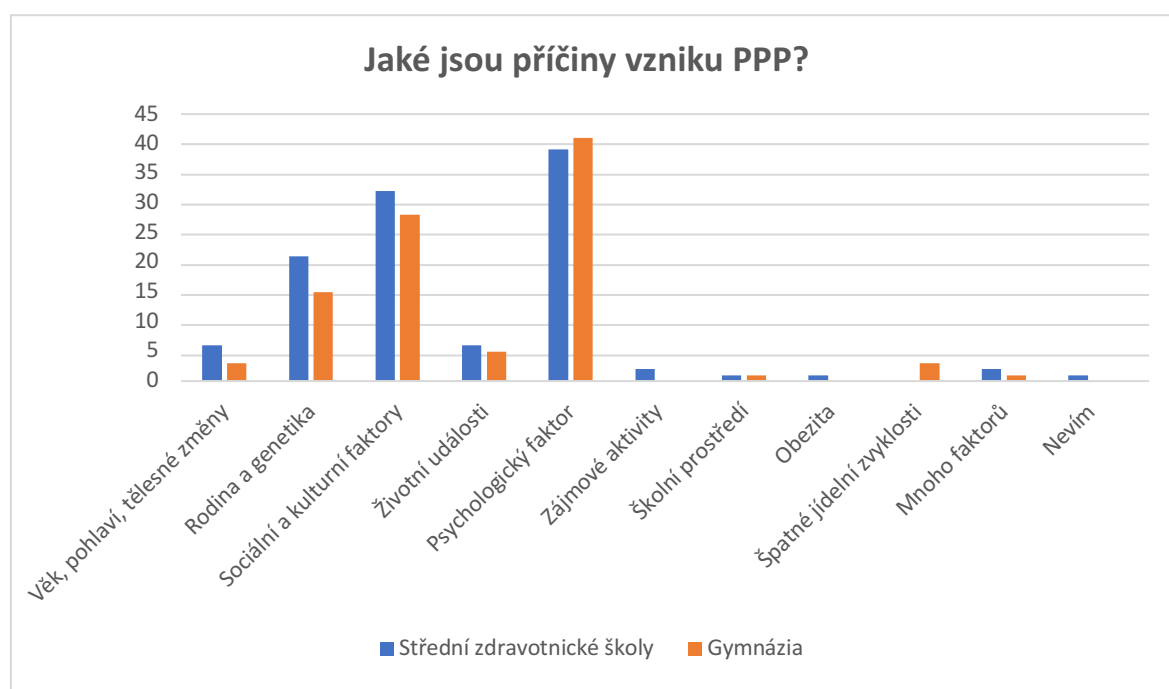
Tato otázka byla otevřená, jednotlivé odpovědi respondentů byly rozděleny do několika kategorií. Jednou z kategorií je **Věk, pohlaví a tělesné změny** v období puberty, dále **Rodina a genetický faktor**, **Sociální kulturní faktory**, do kterých patří vliv médií a nevhodné poznámky okolí, další kategorií jsou různé **Životní události**, např. vážná nemoc, šikana, další je **Psychologický faktor**, kam patří stres, perfekcionismus, touha po dokonalé postavě, snaha být oblíbený, nízké sebevědomí, porovnávání se s ostatními a psychické problémy, další kategorií jsou **Zájmové aktivity** a s tím spojený tlak ve sportovním prostředí, dále stres ve **Školním prostředí**, a následně jednotlivé odpovědi, které byly těžko zařaditelné, a to **Obezita**, **Špatné jídelní vlastnosti** a neurčité odpovědi jako „nevím“ a „mnoho“. Tabulka č. 24 zobrazuje počet výskytů jednotlivých kategorií v odpovědích respondentů. Z tabulky č. 24 vyplývá, že, pokud uvažíme, že i odpověď „mnoho“ je správně, kromě 1 respondenta ze střední zdravotnické školy, který odpověděl „Nevím“, uvedli všichni pedagogové správné odpovědi. Největší zastoupení měli odpovědi související s psychologickým faktorem nemocného a na druhém místě skončila kategorie Sociální a kulturní faktory. Oproti tomu školní prostředí a zájmové aktivity uvedlo velmi málo respondentů.

V této otázce opět nebyl velký rozdíl v odpovědích respondentů z gymnázií a ze středních zdravotnických škol.

**Tabulka 24: Příčiny vzniku PPP uváděné respondenty**

Odpověď	Střední zdravotnické školy	Gymnázia
Věk, pohlaví, tělesné změny	6 výskytů	3 výskyt
Rodina a genetika	21 výskytů	15 výskytů
Sociální a kulturní faktory	32 výskytů	28 výskytů
Životní události	6 výskytů	5 výskytů
Psychologický faktor	39 výskytů	41 výskytů
Zájmové aktivity	2 výskyt	0 výskytů
Školní prostředí	1 výskyt	1 výskyt
Obezita	1 výskyt	0 výskytů
Špatné jídelní zvyklosti	0 výskytů	3 výskyt
Mnoho faktorů	2 výskyt	1 výskyt
Nevím	1 výskyt	0 výskytů

**Graf 8: Příčiny vzniku PPP uváděné respondenty**



**Otázka č.15: Myslíte si, že školní prostředí může přispívat ke vzniku PPP (být tzv. rizikovým faktorem)?**

Z tabulky č. 25 vyplývá, že ač jej v otázce č. 14 mnoho respondentů nezmínilo, považují pedagogové obou typů škol správně školní prostředí za rizikové. Méně gymnazijních pedagogů však zvolilo odpověď „Určitě ano“ a raději zvolili mírnější formu „Spíš ano“.

**Tabulka 25: Školní prostředí jako rizikový faktor vzniku PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	20 respondentů	36,36 %	13 respondentů	25 %
Spíš ano	23 respondentů	41,82 %	26 respondentů	50 %
Nevím	7 respondentů	12,73 %	8 respondentů	15,38 %
Spíš ne	5 respondentů	9,09 %	5 respondentů	9,62 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	0 respondentů	0 %

**Otázka č. 16: Může kolektiv třídy (spolužáci) přispívat ke vzniku PPP?**

Z tabulky č. 26 vyplývá, že většina pedagogů kolektiv třídy za rizikový správně považuje.

**Tabulka 26: Kolektiv třídy jako rizikový faktor vzniku PPP**

Odpově	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	18 respondentů	32,73 %	14 respondentů	26,92 %
Spíš ano	33 respondentů	60 %	32 respondentů	61,54 %
Nevím	0 respondentů	0 %	4 respondenti	7,69 %
Spíš ne	4 respondenti	7,27 %	2 respondenti	3,85 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	0 respondentů	0 %

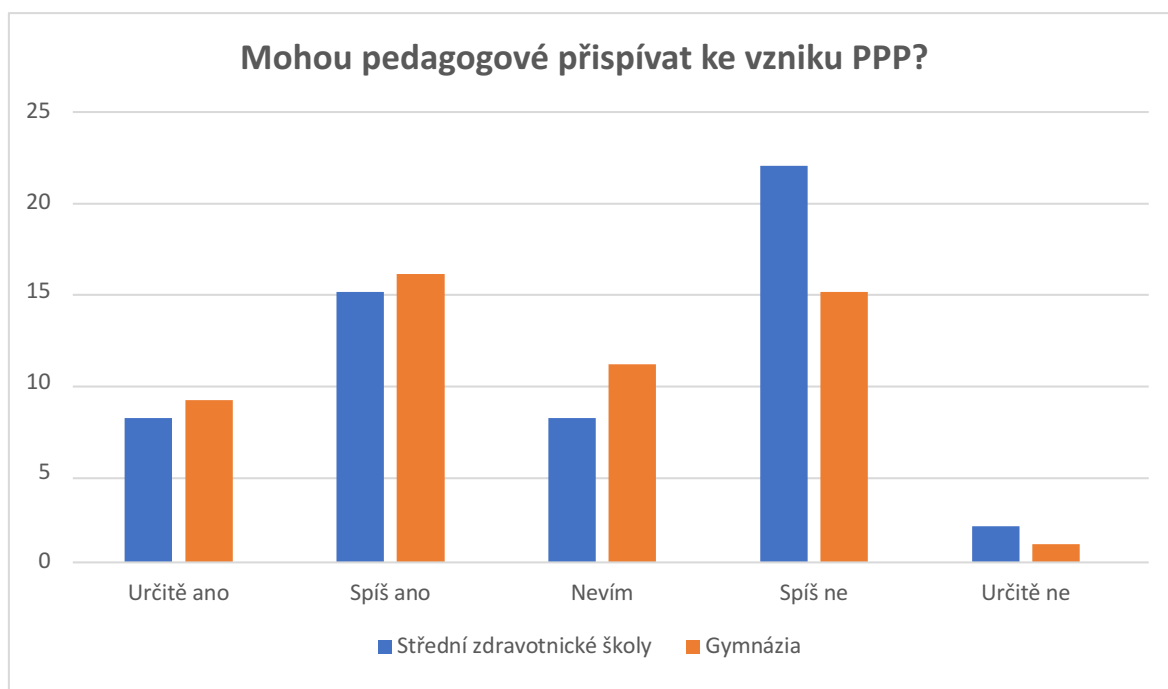
### Otázka č. 17: Mohou pedagogové přispívat ke vzniku PPP?

V návaznosti na otázku č. 16 z tabulek č. 26 a 27 vyplývá, že respondenti považují ve školním prostředí za rizikovější kolektiv třídy než pedagogy. Přesto jsou pedagogové také jedním z rizikových faktorů vzniku PPP. Zajímavé je, že v otázce č. 17 uvedlo více respondentů odpověď „Nevím“ než u otázky č. 16, to ale může souviset s odpovědí, kterou prostřednictvím e-mailu v rámci zpětné vazby k dotazníku uvedla jedna respondentka: „u otázky, jestli jsou pedagogové rizikovým faktorem mi chyběla odpověď *jak kdy jak kdo*“, Je tak možné, že učitelé v tomto případě zvolili odpověď „Nevím“, protože dle nich záleží na konkrétních jedincích a situaci. Drobný nesoulad vzniká při porovnání odpovědí respondentů z jednotlivých typů škol, z toho vyplývá, že učitelé z gymnázií se více domnívají, že pedagogové mohou být rizikovým faktorem vzniku PPP než že tomu tak není (25:16 odpovědí). Naopak odpovědi respondentů ze zdravotnických škol jsou v tomto ohledu zastoupeny v poměrně stejném množství (23x ano a 24x ne).

**Tabulka 27: Pedagogové jako rizikový faktor vzniku PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	8 respondentů	14,55 %	9 respondentů	17,31 %
Spíš ano	15 respondentů	27,27 %	16 respondentů	30,77 %
Nevím	8 respondentů	14,55 %	11 respondentů	21,15 %
Spíš ne	22 respondentů	40 %	15 respondentů	28,85 %
Určitě ne	2 respondenti	3,63 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 9: Pedagogové jako rizikový faktor vzniku PPP**



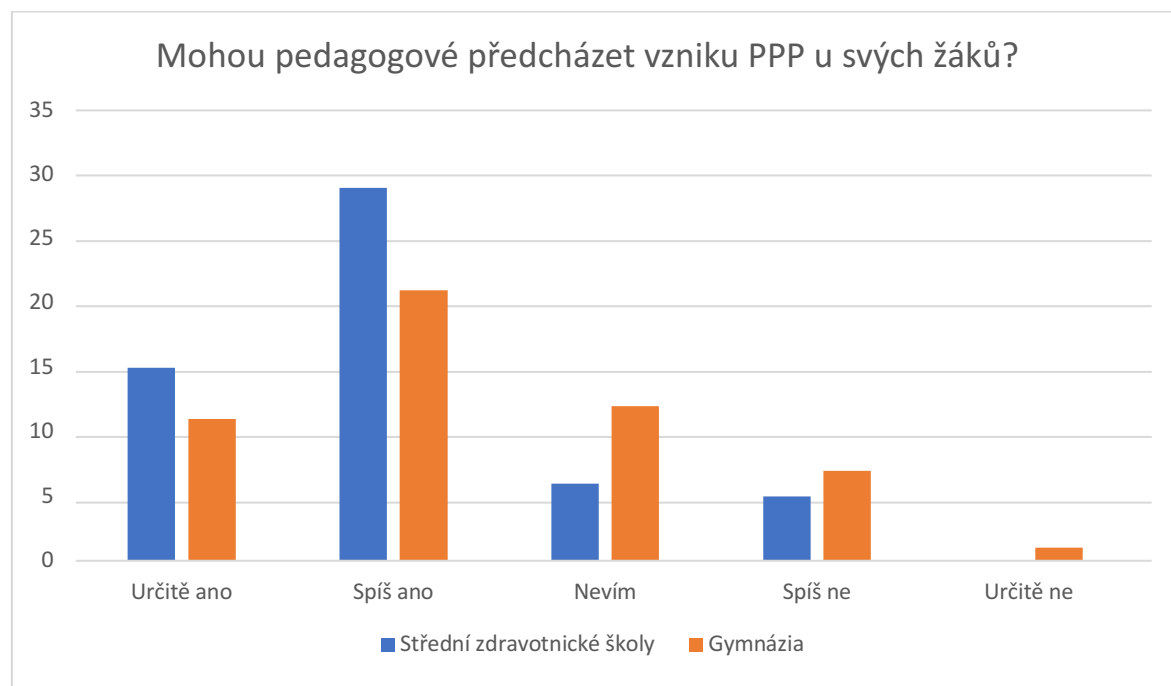
### Otázka č. 18: Mohou pedagogové předcházet vzniku PPP u svých žáků?

Z porovnání tabulek č. 27 a 28 vyplývá, že více respondentů považuje pedagogy spíše za faktor prevence vzniku PPP než za faktor rizikový. U otázky č. 18 odpovědělo kladně téměř o polovinu více respondentů než na otázku č. 17. Pedagogové jsou důležitým pilířem v oblasti prevence. Jako faktor prevence vzniku PPP mohou pedagogové působit dle Marádové a Krcha (2003) především tím, že budou podporovat dobré sociální klima ve škole, vést žáky ke správným stravovacím návykům a vhodně jim předávat informace o problematice PPP.

**Tabulka 28: Pedagogové jako faktor prevence vzniku PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	15 respondentů	27,27 %	11 respondentů	21,15 %
Spíš ano	29 respondentů	52,73 %	21 respondentů	40,39 %
Nevím	6 respondentů	10,91 %	12 respondentů	23,08 %
Spíš ne	5 respondentů	9,09 %	7 respondentů	13,46 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 10: Pedagogové jako faktor prevence vzniku PPP**



### **Otázka č. 19: Je důležité o problematice PPP vyučovat?**

Z tabulky č. 29 vyplývá, že velká většina respondentů odpověděla správně, že je důležité o PPP na škole vyučovat. Výuka o této problematice pojatá rozumně a citlivě je jedním z pilířů prevence vzniku PPP na školách.

**Tabulka 29: Důležitost zahrnutí problematiky PPP ve výuce dle respondentů**

<b>Odpověď</b>	<b>Střední zdravotnické školy</b>		<b>Gymnázia</b>	
Určitě ano	48 respondentů	87,27 %	38 respondentů	73,08 %
Spíš ano	6 respondentů	10,91 %	10 respondentů	19,23 %
Nevím	1 respondent	1,82 %	1 respondent	1,92 %
Spíš ne	0 respondentů	0 %	3 respondenti	5,77 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	0 respondentů	0 %



## Otázka č. 20: Je škola povinná řešit případy svých žáků s PPP?

Z tabulky č. 30 vyplývá, že většina pedagogů se domnívá, že škola povinnost řešit žáky s PPP má a poměrně dost respondentů uvedlo, že odpověď na danou otázku neví. Škola má v dané problematice především preventivní funkci. Pokud mají zaměstnanci školy podezření, že některý z žáků touto poruchou trpí, měli by na tuto skutečnost upozornit rodiče žáka. Pokud se na škole vyskytují žáci s potvrzenou diagnózou PPP, škola by správně měla ve spolupráci s rodiči uzpůsobit nemocnému cvičení a stravování ve škole, školní přípravy v případě hospitalizace žáka a případně vypracovat individuální plán zkoušení (Švédová a Mičová, 2010). Z uvedeného vyplývá, že škola by případy svých žáků s PPP řešit měla, ale jen v rámci svých možností. Správná odpověď je tak „Spíš ano“.

**Tabulka 30: Povinnost školy řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	12 respondentů	21,82 %	15 respondentů	28,84 %
Spíš ano	18 respondentů	32,73 %	16 respondentů	30,77 %
Nevím	16 respondentů	29,09 %	12 respondentů	23,08 %
Spíš ne	5 respondentů	9,09 %	6 respondentů	11,54 %
Určitě ne	4 respondenti	7,27 %	3 respondenti	5,77 %

### Otázka č. 21: Je v kompetenci učitele řešit případy svých žáků s PPP?

Z tabulky č. 31 vyplývá, že pouze minimum pedagogů z obou typů škol odpovědělo správně, že nejsou kompetentní řešit případy svých žáků s PPP. Přitom pedagogové by se měli především snažit PPP předcházet a v případě důvodného podezření na výskyt problematiky na škole upozornit, rozhodně by však neměli nahrazovat práci terapeutů a lékařů. Správně tuto otázku doplnili v otázce č. 30 respondenti č. 58, 72 a 74.

Respondentka č. 58 (Gymnázium): „Rozhodující je prostředí v rodině, škola může jen včas upozornit.“

Respondentka č. 72 (Gymnázium): „Pokud se nemoc rozjede, jsou učitelé už bezmocní. Jediná šance je všimnout si.“

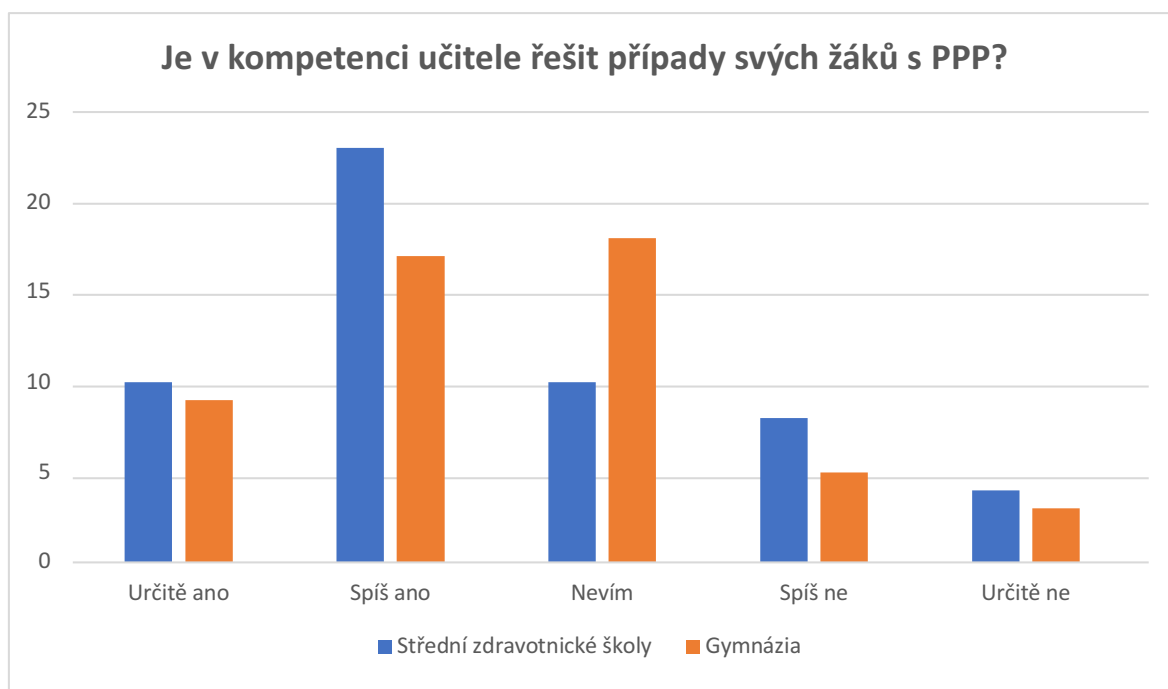
Respondent č. 74 (Gymnázium): „Je to problematika pro lékaře a specialisty, učitelé k tomu nejsou kompetentní, mohou na problém upozornit, ne ho řešit.“

Zajímavé je i množství pedagogů, kteří neví, zda jsou k takovému řešení kompetentní.

**Tabulka 31: Kompetence učitele řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	10 respondentů	18,18 %	9 respondentů	17,31 %
Spíš ano	23 respondentů	41,82 %	17 respondentů	32,69 %
Nevím	10 respondentů	18,18 %	18 respondentů	34,62 %
Spíš ne	8 respondentů	14,55 %	5 respondentů	9,61 %
Určitě ne	4 respondenti	7,27 %	3 respondenti	5,77 %

**Graf 11: Kompetence učitele řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů**



**Otázka č. 22: V případě důvodného podezření na PPP u žáka byste kontaktoval/a:**

Porovnáním tabulek č. 32 a 33 se ukázalo, že více pedagogů ze středních zdravotnických škol správně zvolilo, že by při podezření na PPP u žáka kontaktovali rodiče žáka a velká většina pedagogů by daný problém řešila navíc se školním psychologem, metodikem prevence či jiným odborníkem. Rodiče (nezletilého) žáka by měl pedagog o svém podezření informovat (Mičová a Švédová, 2010; Papežová 2010). Neměl by tak však činit bez vědomí žáka. Vhodné je také informovat některého z odborníků, např. školního psychologa či metodika prevence a své obavy s ním prodiskutovat, zaměřit se společně např. na vhodný způsob komunikace s žákem o svém podezření. V případě, že se PPP u žáka potvrdí, je na místě informovat vedení školy, aby se daný případ řešil následně např. vytvořením individuálního vzdělávacího plánu. Zajímavé je zvolení odpovědi „Nevím“ u kategorie Vedení školy a Odborníka. U kategorie Rodiče by se odpověď „Nevím“ dala interpretovat tak, že se učitelé mohou rozhodovat u každého případu individuálně, na základě funkčnosti rodiny (ačkoliv u nezletilých žáků by zákonné zástupce měli informovat v každém případě). U vedení školy a odborníka mohou učitelé brát v potaz to, jak s danými subjekty vychází a jak jim důvěřují, případně jak moc si jsou v problematice PPP jisti, přesto by však měli být na základě těchto proměnných zaujmout nějaké stanovisko.

**Tabulka 32: Vybrané kontakty respondentů v případě důvodného podezření na PPP u žáka střední zdravotnické školy**

<b>SŠ zdravotnická</b>						
<b>Odpovědi</b>	<b>Rodiče žáka</b>		<b>Vedení školy</b>		<b>Odborníka (školního psychologa, metodika prevence, ...)</b>	
Určitě ano	39 respondentů	70,91 %	15 respondentů	27,27 %	45 respondentů	81,82 %
Spíš ano	12 respondentů	21,82 %	24 respondentů	43,64 %	10 respondentů	18,18 %
Nevím	4 respondenti	7,27 %	5 respondentů	9,09 %	0 respondentů	0 %
Spíš ne	0 respondentů	0 %	7 respondentů	12,73 %	0 respondentů	0 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	4 respondenti	7,27 %	0 respondentů	0 %

**Tabulka 33: Vybrané kontakty respondentů v případě důvodného podezření na PPP u žáka gymnázia**

<b>Gymnázium</b>						
<b>Odpovědi</b>	<b>Rodiče žáka</b>		<b>Vedení školy</b>		<b>Odborníka (školního psychologa, metodika prevence, ...)</b>	
Určitě ano	35 respondentů	67,31 %	20 respondentů	38,46 %	44 respondentů	84,62 %
Spíš ano	11 respondentů	21,16 %	10 respondentů	19,23 %	7 respondentů	13,46 %
Nevím	4 respondenti	7,69 %	9 respondentů	17,31 %	1 respondent	1,92 %
Spíš ne	1 respondent	1,92 %	9 respondentů	17,31 %	0 respondentů	0 %
Určitě ne	1 respondent	1,92 %	4 respondenti	7,69 %	0 respondentů	0 %

**Otázka č. 23: Sledoval/a byste při potvrzené diagnóze PPP u žáka/žákyně bedlivěji jeho/její stravování ve škole?**

Z tabulky č. 34 vyplývá, že většina pedagogů by sledovala důkladněji stravování žáků s PPP. Určit společně s nemocným a jeho rodiči pravidla kontroly stravování ve škole doporučuje i manuál pro pedagogy občanského sdružení Anabell (Švédová a Mičová, 2010).

**Tabulka 34: Sledování žáka/žákyně s potvrzenou diagnózou PPP při stravování ve škole**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	16 respondentů	29,09 %	15 respondentů	28,85 %
Spíš ano	26 respondentů	47,27 %	23 respondentů	44,23 %
Nevím	6 respondentů	10,91 %	7 respondentů	13,46 %
Spíš ne	7 respondentů	12,73 %	5 respondentů	9,61 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	2 respondenti	3,85 %

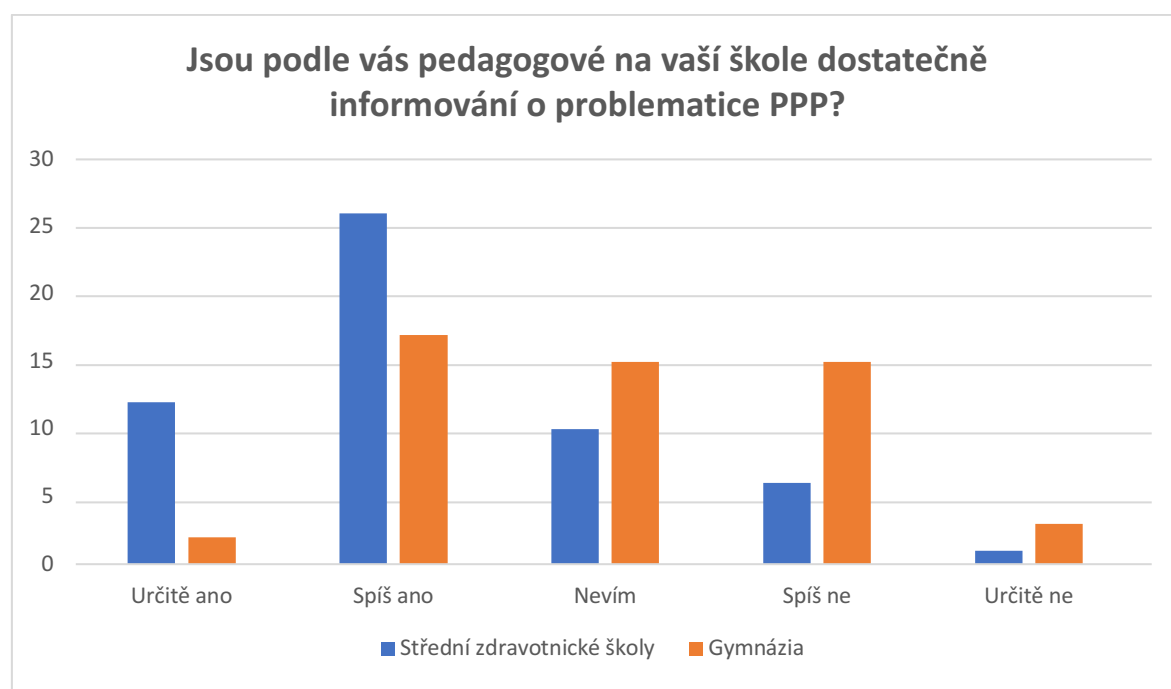
**Otázka č. 24: Jsou podle vás pedagogové na vaší škole dostatečně informováni o problematice PPP?**

Tabulka č. 35 uvádí, že kladnou odpověď („Určitě ano“ a „Spíše ano“) zvolilo dvojnásobné množství respondentů ze středních zdravotnických škol než z gymnázií. Z toho vyplývá, že pedagogové SZŠ jsou více přesvědčeni o informovanosti svých kolegů na škole než gymnaziální pedagogové, což pravděpodobně souvisí s odborným zaměřením těchto škol. To, že jejich kolegové o problematice dostatečně informováni nejsou si myslí dokonce více než dvojnásob gymnaziálních učitelů v porovnání s učiteli zdravotnických škol. To může mít souvislost s otázkou č. 25, kde více než polovina respondentů z gymnázií uvedla, že na jejich škole neprobíhají školení v oblasti problematiky PPP.

**Tabulka 35: Informovanost kolegů o problematice PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	12 respondentů	21,82 %	2 respondenti	3,85 %
Spíše ano	26 respondentů	47,27 %	17 respondentů	32,69 %
Nevím	10 respondentů	18,18 %	15 respondentů	28,85 %
Spíše ne	6 respondentů	10,91 %	15 respondentů	28,85 %
Určitě ne	1 respondent	1,82 %	3 respondenti	5,76 %

**Graf 12: Informovanost kolegů respondentů o problematice PPP**



**Otázka č. 25: Probíhají na vaší škole semináře/ kurzy pro pedagogy, které se zabývají tématem PPP?**

Ačkoliv více než polovina respondentů z gymnázií a středních zdravotnických škol uvedla, že se na jejich škole problematika PPP aktuálně vyskytuje (tabulka č. 19), to, že na škole v různé intenzitě probíhají školení zaměřená na tuto problematiku uvedla přibližně třetina respondentů ze zdravotních škol a ještě méně gymnazijních respondentů, jak uvádí tabulka č. 36. Učitelé se tak pravděpodobně musejí spolehnout na znalosti získané např. v době jejich studia, či na samostudium.

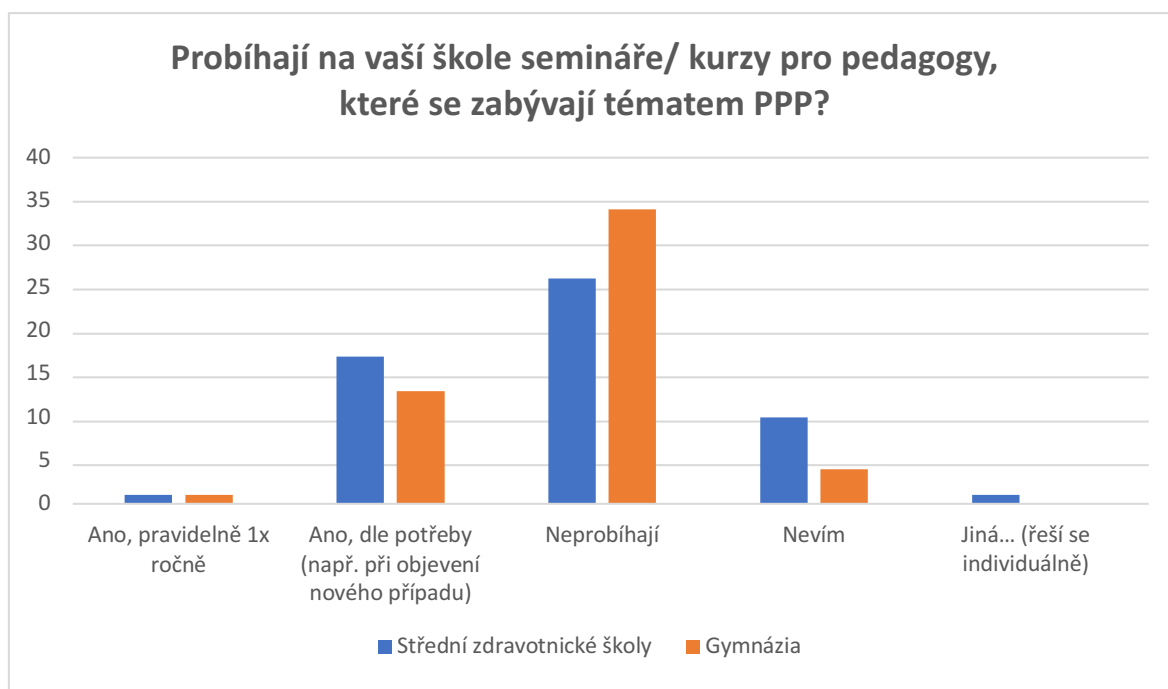
V otevřené odpovědi „Jiná“ uvedla 1 respondentka: „řeší se individuálně“.

**Tabulka 36: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro pedagogy na škole**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Ano, pravidelně 1x ročně	1 respondent	1,82 %	1 respondent	1,92 %
Ano, dle potřeby (např. při objevení nového případu)	17 respondentů	30,91 %	13 respondentů	25 %
Neprobíhají	26 respondentů	47,27 %	34 respondentů	65,39 %
Nevím	10 respondentů	18,18 %	4 respondenti	7,69 %
Jiná (řeší se individuálně)	1 respondent	1,82 %	0 respondentů	0 %



**Graf 13: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro pedagogy na škole**



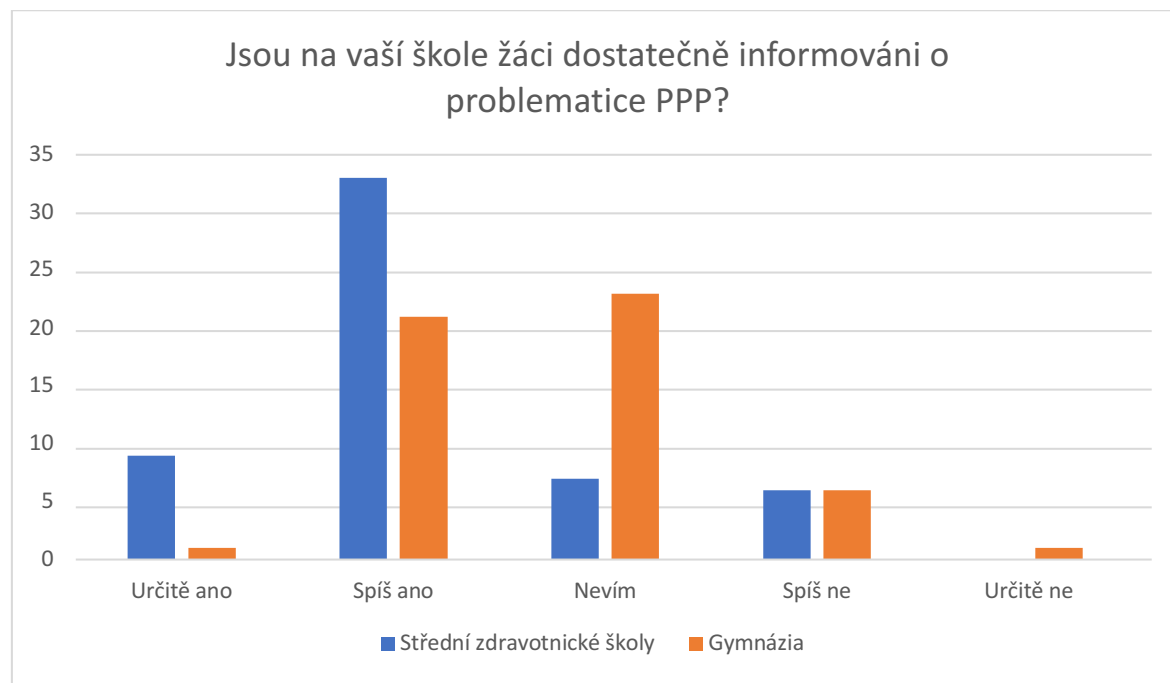
### Otázka č. 26: Jsou na vaší škole žáci dostatečně informováni o problematice PPP?

Z tabulky č. 37 vyplývá, že výrazně vyšší počet pedagogů ze středních zdravotnických škol se domnívá (odpovědi „Určitě ano“ a „Spíš ano“), že jejich žáci jsou dostatečně informováni v dané problematice. To souvisí mimo jiné s tím, že na těchto školách je problematika PPP zahrnuta ve školních vzdělávacích programech hned v několika předmětech na rozdíl od gymnázií, kde je výuka dané problematiky obsažena většinou pouze v předmětu Biologie.

**Tabulka 37: Informovanost žáků o problematice PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	9 respondentů	16,36 %	1 respondent	1,92 %
Spíš ano	33 respondentů	60 %	21 respondentů	40,39 %
Nevím	7 respondentů	12,73 %	23 respondentů	44,23 %
Spíš ne	6 respondentů	10,91 %	6 respondentů	11,54 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	1 respondent	1,92 %

**Graf 14: Informovanost žáků o problematice PPP**



**Otázka č. 27: Cítíte se vy sám/ sama být dostatečně informován/a a vzdělán/a v problematice PPP?**

Z tabulky č. 38 vyplývá, že přibližně 67 % pedagogů ze středních zdravotnických škol a cca 58 % učitelů z gymnázií se domnívá, že jsou v problematice informování dostatečně.

**Tabulka 38: Předpokládaná informovanost respondentů o problematice PPP**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Určitě ano	13 respondentů	23,64 %	5 respondentů	9,62 %
Spíš ano	24 respondentů	43,64 %	25 respondentů	48,08 %
Nevím	9 respondentů	16,36 %	7 respondentů	13,46 %
Spíš ne	9 respondentů	16,36 %	13 respondentů	25 %
Určitě ne	0 respondentů	0 %	2 respondenti	3,84 %

Skutečná informovanost pedagogů je více rozebírána na konci této kapitoly v části Informovanost pedagogů o problematice PPP

Ti pedagogové, kteří uvedli odpověď „Určitě ano“ na otázku č. 27, byli blíže zkoumáni a ukázalo se, že jejich znalosti v problematice PPP nejsou 100%. Všichni respondenti z gymnázií odpověděli špatně na otázku č. 21. Ostatní otázky měli správně zodpovězeny pouze 2 respondenti gymnázia (respondent č. 101 a respondent č. 6). Respondenti středních zdravotnických škol, kteří uvedli v otázce č. 27 odpověď „Určitě ano“, chybovali vždy minimálně v jedné otázce.

**Otázka č. 28: Probíhají na vaší škole preventivní programy/semináře/besedy, které žáky s tematikou PPP seznamují?**

Při porovnání dílčích výsledků získaných ze zkoumání programů primární prevence jednotlivých škol v etapě 2 a odpovědí na otázku č. 28 uvedených v tabulce č. 39, je zřejmý nesoulad mezi predikací preventivních programů obsažených v dokumentu školy a jejich realizací. Přestože žádná ze zkoumaných středních zdravotnických škol neuvedla ve svých PP, že pořádá pro žáky semináře na problematiku zaměřené, více než polovina pedagogů z těchto škol uvedla, že na škole podobné semináře či besedy pro žáky probíhají.

Zajímavé také je, že poměrně velké množství pedagogů zvolilo odpověď „Nevím“, čímž vyvstává otázka, co tuto nevědomost způsobuje.

**Tabulka 39: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro žáky na škole**

Odpověď	Střední zdravotnické školy		Gymnázia	
Ano	29 respondentů	52,73 %	24 respondentů	46,15 %
Ne	9 respondentů	16,36 %	8 respondentů	15,39 %
Nevím	17 respondentů	30,91 %	20 respondentů	38,46 %

**Otázka č. 29: Znáte organizace, které se zabývají problematikou PPP? Pokud ano, uveďte je.**

Tabulka č. 40 uvádí organizace, které uvedli respondenti. Jednotlivá čísla označují výskyt jednotlivých odpovědí v celkovém počtu odpovědí. Otázka byla položena formou otevřených odpovědí a respondenti tak mohli napsat libovolný počet organizací, které znají. Nejčastěji se u respondentů z obou typů škol vyskytovala odpověď, že žádné organizace neznají. Nejčastěji zmiňovanou organizací bylo sdružení Anabell.

**Tabulka 40: Organizace, které se zabývají problematikou PPP uváděné respondenty**

Odpověď	Střední zdravotnické školy	Gymnázia
Anabell	10 výskytů	11 výskytů
Psychiatrické kliniky	7 výskytů	1 výskyt
Psychologické poradny	3 výskyty	2 výskyty
Stop PPP	2 výskyty	0 výskytů
Pedagogicko-psychologické poradny	0 výskytů	3 výskyty
Dětská psychologická klinika FN Motol	0 výskytů	2 výskyty
Psychologická poradna a psychiatrická klinika VFN	0 výskytů	2 výskyty
PCPP	2 výskyty	1 výskyt
ADDP	2 výskyty	0 výskytů
Centrum pro léčbu PPP v rámci nemocnic	1 výskyt	0 výskytů
ProYouth	1 výskyt	0 výskytů
Diakonie	1 výskyt	0 výskytů
KPZ Plzeň	1 výskyt	0 výskytů
Za normální holky	8 výskytů	2 výskyty
Krizová centra	0 výskytů	1 výskyt
Neznám	33 výskytů	32 výskytů

### **Otázka č. 30: Chcete k problematice PPP ještě něco dodat?**

Respondenti ze středních zdravotnických škol k tématu navíc dodali tato tvrzení:

*„Nejdůležitější roli hraje rodina.“*

*„Je potřeba o tom s dětmi mluvit a ukázat jim, kam až to může vést.“*

*„Otázka č. 22 a 20 je závislá na tom, zda je student plnoletý či ne. U plnoletých není povinnost informovat nikoho, byť to samozřejmě může pomoci. Myslím ale, že někdy může být kontraproduktivní rodinu informovat (někdy mají tendenci to bagatelizovat nebo naopak dítěti vynadat) a bylo by lepší zkontaktovat studenta přímo s poradnou nebo psychoterapeutem. Bohužel v tom ale jako učitelé u neplnoletých žáků nemáme na výběr.“*

*„Ráda bych, aby společnost byla nastavená normálně, se vzory chytrých a talentovaných ne vizuální vzor vyzábělých.“*

*„Mimo školní prostředí hraje velmi důležitou roli i rodina a vliv sociálních sítí.“*

Respondenti gymnázií k tématu dodali tato tvrzení:

*„Nejlepší je prevence – naučit se všimnout si rizikového chování, případně efektivně zasáhnout.“*

*„Je to problém hlavy.“*

*„Léčba je běh do konce života.“*

*„Doufám, že bych si všimla, že v mé třídě někdo má PPP, ale jestli je to bulimie nebo anorexie v daném momentu nepoznám. Dále nějaké semináře probíhají pravidelně, ale téma se mění, za dobu třídnictví (6 let) bylo tolik přednášek, že už ani nevím.....; dále např. dívku s PPP bych v jídelně nekontrolovala, ne z lhostejnosti, ale protože vím, že to je spíš kontraproduktivní. Pokud se nemoc rozjede, jsou učitelé už bezmocní. Jediná šance je všimnout si.“*

*„Myslím, že nynější informovanost je vyšší než dříve.“*

*„Sama se setkávám, s tím, že se to nyní netýká jen dívek (na ně je to dle mého názoru více cíleno), ale mnohdy i chlapců – u nich je problém, že si o tom nechtějí už vůbec povídat (na holkách jsou ty emoce více vidět).“*

*„Jednu takovou studentku mám ve třídě. Má vynikající výsledky ve škole, klade si na sebe vysoké nároky.“*

*„Je to problematika pro lékaře a specialisty, učitelé k tomu nejsou kompetentní, mohou na problém upozornit, ne ho řešit.“*

*„Důležité je včas zasáhnout.“*

*„Rozhodující je prostředí v rodině, škola může jen včas upozornit.“*

*„Pokud nedochází k výrazně negativnímu působení na ostatní žáky, je sledování psychických poruch a reagování na ně z hlediska učitele spíše kontraproduktivní. Patří do rukou rodičů a odborníků. Učitel může jen nadělat více škody než užitku.“*

## Informovanost pedagogů o problematice PPP

Informovanost pedagogů o problematice poruch příjmu potravy zjišťovali otázky č. 4-7, otázky č. 10, 12, dále otázky č. 14-21 a otázka č. 29. Správné odpovědi jsou vyznačeny v tabulkách u jednotlivých otázek. U otázek č. 5, 10, 12, 14 a 29 jsou za správné považovány odpovědi, které obsahují minimálně jeden správný údaj.

Při bližším zkoumání jednotlivých odpovědí konkrétních respondentů vyšlo najevo, že žádný z respondentů nemá všechny odpovědi správné. Na druhou stranu nikdo z respondentů nemá ani všechny odpovědi chybné.

Tabulka č. 41 uvádí počty správných odpovědí k jednotlivým otázkám a průměrný počet správných odpovědí v otázkách u jednotlivých typů škol.

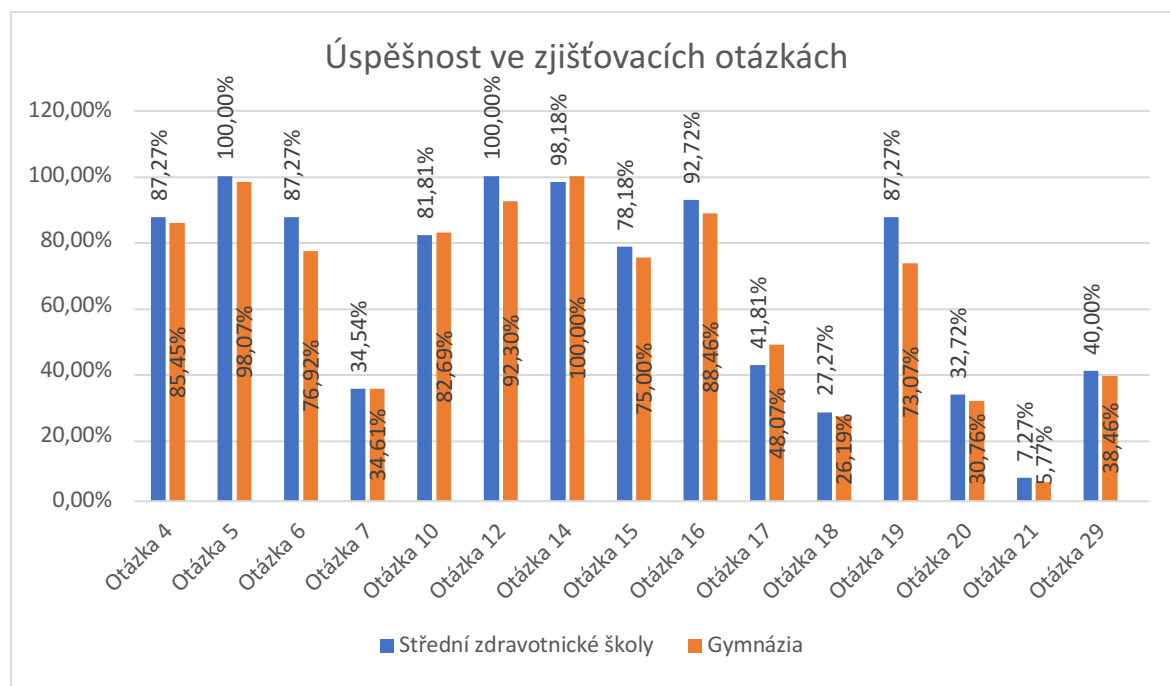
**Tabulka 41: Počet správných odpovědí pedagogů v jednotlivých otázkách**

Otázky	Gymnázia – správné odpovědi		Střední zdravotnické školy – správné odpovědi	
Otázka 4	47	85,45 %	48	87,27 %
Otázka 5	51	98,07 %	55	100 %
Otázka 6	40	76,92 %	48	87,27 %
Otázka 7	18	34,61 %	19	34,54 %
Otázka 10	43	82,69 %	45	81,81 %
Otázka 12	48	92,30 %	55	100 %
Otázka 14	52	100 %	54	98,18 %
Otázka 15	39	75 %	43	78,18 %
Otázka 16	46	88,46 %	51	92,72 %
Otázka 17	25	48,07 %	23	41,81 %
Otázka 18	11	26,19 %	15	27,27 %
Otázka 19	38	73,07 %	48	87,27 %
Otázka 20	16	30,76 %	18	32,72 %
Otázka 21	3	5,77 %	4	7,27 %
Otázka 29	20	38,46 %	22	40 %
<b>Průměrný počet správných odpovědí v jednotlivých otázkách</b>	<b>33,13</b>	<b>63,71 %</b>	<b>36,53</b>	<b>66,42 %</b>



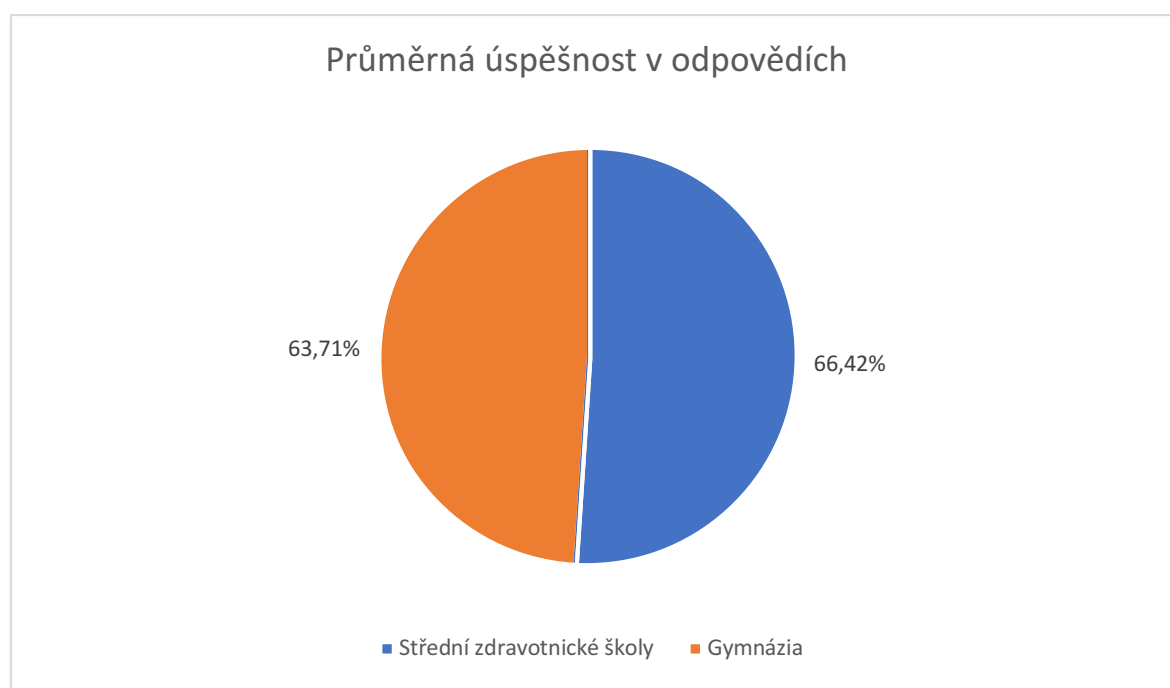
V grafu č. 15 je uvedena úspěšnost učitelů gymnázií a středních zdravotnických škol v jednotlivých otázkách. Celkově nejlépe zodpovězena byla otázka č. 5 a otázka č. 14. Nejmenší úspěšnost byla v otázce č. 21.

**Graf 15: Úspěšnost respondentů v jednotlivých otázkách**



Z těchto poznatků vyplývá, že na gymnáziích byla v jednotlivých otázkách úspěšnost pouze o 2,71 % nižší než na středních zdravotnických školách, jak uvádí graf č. 16. Tyto výsledky značí, že pedagogové mají v dané problematice průměrné znalosti a informovanost pedagogů gymnázií a středních zdravotnických škol se liší jen minimálně.

**Graf 16: Průměrná úspěšnost v odpovědích**



## **14 Shrnutí výzkumného šetření**

Praktická část bakalářské práce zjišťovala informovanost pedagogů a to, zda a jak se informovanost liší u pedagogů gymnázií a středních zdravotnických škol. Dále se praktická část zaměřila na realizaci prevence vzniku PPP na vybraných školách. Šetření proběhlo ve třech etapách – zkoumáním ŠVP, zkoumáním programů prevence a dotazníkovým šetřením. Zkoumána byla dokumentace 8 gymnázií a 8 středních zdravotnických škol. Dotazník byl získán od 107 pedagogů z těchto škol. Cílem výzkumného šetření bylo zodpovězení dílčích výzkumných otázek.

### **1. Jakým způsobem a v jakém rozsahu je problematika PPP obsažena ve školních vzdělávacích programech jednotlivých typů škol?**

Toto bylo zjišťováno v 1. etapě výzkumného šetření zkoumáním jednotlivých školních vzdělávacích programů vybraných škol. Gymnázia mají učivo o PPP zahrnuto převážně v 1 předmětu ve třetím ročníku v rámci výuky o zdravém životním stylu. Explicitně zmíněnou problematiku PPP mělo v dokumentu pouze 1 gymnázium. Střední zdravotnické školy oproti tomu mají toto učivo zahrnuto v ŠVP ve větším rozsahu, až ve třech předmětech v prvním či druhém ročníku. Celkem 50 % středních zdravotnických škol mělo problematiku PPP v ŠVP zmíněnou explicitně.

## **2. Jakým způsobem je na daných školách realizovaná prevence?**

V rámci prevence je důležité žáky s problematikou seznámit nejen v rámci vyučovacích předmětů, ale případně i tematicky zaměřených seminářů či besed. I když ve svých programech primární prevence uvádí jen 2 gymnázia, že pro žáky pořádají semináře zaměřené na PPP, v dotazníku přesto 52,73 % pedagogů SZŠ a 46,15 % gymnazijních pedagogů uvedlo, že na jejich škole probíhají programy, semináře či besedy s tematikou PPP určené žákům. Poměrně velké množství pedagogů (30,91 % ze zdravotnických škol a 38,46 % z gymnázií) uvedlo, že neví, zda podobné programy na škole probíhají. Pouze 16,36 % pedagogů SZŠ a 15,39 % gymnazijních pedagogů uvedlo, že na jejich školách podobné semináře pro žáky neprobíhají.

## **3. Jaký je rozdíl v míře informovanosti pedagogů středních zdravotnických škol a pedagogů čtyřletých gymnázií o problematice PPP?**

Na tuto otázku bylo zaměřeno 15 zjišťovacích otázek. Průměrná úspěšnost v jednotlivých otázkách byla v případě gymnazijních pedagogů 63,71 % a v případě pedagogů ze středních zdravotnických škol 66,42 %. Nikdo z pedagogů neměl všechny otázky zodpovězeny špatně, ale ani je neměl nikdo všechny správně. Výsledky tohoto dílčího šetření tak byly poměrně vyrovnané, ačkoliv o dostatečné informovanosti svých kolegů na škole bylo přesvědčeno více pedagogů ze středních zdravotnických škol (69,09 %) než gymnazijních učitelů (36,54 %).

S nepříliš vysokou úspěšností souvisí i fakt, že 65,39 % pedagogů z gymnázií a 47,27 % pedagogů ze středních zdravotnických škol uvedlo, že na jejich škole se nekonají semináře pro učitele, které by byly na danou problematiku zaměřeny.

### **14.1 Komparace získaných výsledků ze čtyřletých gymnázií a středních zdravotnických škol**

Oba typy škol jsou porovnávány z hlediska zahrnutí problematiky PPP ve školní dokumentaci, konkrétně ve školních vzdělávacích programech a programech primární prevence, dále z hlediska realizace prevence na školách a informovanosti pedagogů o PPP. Střední zdravotnické školy mají ve svých školních vzdělávacích programech zahrnutou problematiku poruch příjmu potravy ve větším rozsahu (dvoj-trojnásobném množství předmětů) než čtyřletá gymnázia a výuku realizují v dřívějších ročnících. Navíc je u SZŠ problematika poruch příjmu potravy častěji explicitně uvedena. Většina gymnázií uvádí pouze

to, že se v rámci předmětu žáci učí o zdravém životním stylu a o rizicích ohrožujících zdraví a jejich prevenci.

V rámci programů primární prevence je problematika PPP zahrnuta u obou typů škol minimálně. Téměř žádná škola navíc neuvádí, že by se poruchy příjmu potravy u jejich žáků vyskytovaly. Z celkového počtu škol uvádějí jen dvě gymnázia, že pořádají semináře s tematikou poruch příjmu potravy pro své žáky a pouze jedna střední zdravotnická škola spolupracuje s organizací, která se problematice věnuje. Oba typy škol tak mají tematiku PPP ve svých preventivních programech zahrnutou jen minimálně. Tato predikace prevence je však ve značném nesouladu s její realizací, tak jak ji v dotazníkovém šetření uvedli pedagogové jednotlivých škol. Ačkoliv v PP je oblast prevence daného onemocnění uvedena jen u minima škol, téměř polovina gymnazijních učitelů a více než polovina učitelů ze středních zdravotnických škol uvedla, že jejich školy semináře pro žáky pořádají.

Co se týče informovanosti o dané problematice, byla celková úspěšnost pedagogů srovnatelná, učitelé ze zdravotnických škol na tom byly průměrně pouze o 3 % lépe. Úspěšnost v jednotlivých otázkách byla také poměrně vyrovnaná, jak dokládá graf č. 15, přesto lze najít drobné rozdíly. Největší rozdíl byl v otázce zaměřené na důležitost výuky PPP a v otázce, zda jsou poruchy příjmu potravy psychickým onemocnění. V obou případech byli více úspěšní učitelé ze středních zdravotnických škol.

Z výzkumného šetření tak vyplývá, že rozdíl v oblasti poruch příjmu potravy je mezi čtyřletými gymnázii a středními zdravotnickými školami především v množství vyučovaných předmětů, které v sobě problematiku zahrnují.

## 15 Doporučení

Závěrem jsou zmíněna doporučení pro školy a pedagogy, která vyplynula z výsledků šetření.

Problematika poruch příjmu potravy je stále vážným problémem, který se (nejen) na školách objevuje. V dotazníkovém šetření potvrdilo 83,18 % z celkového množství pedagogů, že se s poruchou příjmu potravy u žáků při své praxi setkali. Proto je potřeba, aby učitelé věděli, jaké jsou příznaky alespoň těch nejběžnějších typů poruch příjmu potravy a jak mají (nejen) v rámci prevence postupovat. Učitelé by měli umět žákům naslouchat, vědět, jak se v situaci zachovat, na jaké organizace se případně obrátit a komu by měli nahlásit, pokud mají podezření, že se PPP u žákyně vyskytují.

Důležitá je tak dostatečná informovanost o problematice. Znalosti mohou pedagogové získat na školeních pořádaných školou. V dotazníkovém šetření však pouze 29,91 % všech respondentů uvedlo, že na jejich školách takovéto semináře probíhají, což je velmi nízká hodnota. Bylo by dobré se na školení pedagogů v této oblasti více zaměřit, aby pedagogové věděli, jak v daných situacích správně jednat, jak komunikovat s žáky s PPP a na koho se případně obrátit s prosbou o pomoc. Je ale také důležité, aby si pedagogové uvědomovali, že jejich hlavním úkolem je poruchám příjmu potravy předcházet a při podezření výskytu onemocnění u žáků na problematiku upozornit, nabídnout pomoc. V žádném případě by neměli nahrazovat lékaře a terapeutů.

Dále je důležitá informovanost žáků. Ti se sice o problematice dozvídají v rámci výuky, ale bylo by vhodné, aby na všech školách probíhala prevence ve formě seminářů. Je především důležité žákům předat informace s citem a rozumem, upozornit především na to, že držení diet, užívání léků na hubnutí je nejen nebezpečné, ale i dlouhodobě neúčinné. Zároveň sami žáci mohou pomoc při rozpoznání onemocnění u svých spolužáků.

V neposlední řadě je důležitá spolupráce školy a rodiny. Je vhodné domluvit se na jednotlivých bodech, jako je cvičení a stravování ve škole, domácí příprava a promyslet případné vypracování individuálního vzdělávacího plánu.

## **Závěr**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a porovnat informovanost pedagogů vybraných typů škol o problematice PPP a zjistit, jakým způsobem je na těchto školách realizovaná prevence PPP. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje problematiku poruch příjmu potravy u žáků, její příznaky, rizikové faktory a léčbu tohoto onemocnění. Dále se zaměřuje na školní prostředí a jeho roli v problematice PPP.

Praktická část se zaměřuje na výzkumné šetření, které proběhlo na 16 vybraných školách ve třech etapách. V první etapě proběhlo studium školních vzdělávacích programů a ve druhé studium programů primární prevence se zaměřením na poruchy příjmu potravy. Ve třetí etapě byl pedagogům daných škol zaslán elektronicky strukturovaný dotazník, který byl následně analyzován. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 107 pedagogů, 55 ze středních zdravotnických škol a 52 z gymnázií.

V rámci školních vzdělávacích programů se projevila odlišná specializovanost škol, kdy střední zdravotnické školy měly učivo o PPP zahrnuto ve svém programu ve větší míře v odborných oborových předmětech a v nižších ročnících, než tomu bylo u čtyřletých gymnázií. S tím také souvisí i fakt, že pedagogové středních zdravotnických škol v mnohem větší míře považují žáky svých škol za dostatečně informované v dané problematice.

V rámci prevence se ukázalo, že její predikace v programech primární prevence jednotlivých škol nekorresponduje s její realizací. Na některých školách probíhají semináře pro žáky, ačkoliv v preventivním programu nejsou uvedeny.

Z výsledků šetření lze vyvodit závěr, že navzdory specializovanému zaměření středních zdravotnických škol je informovanost pedagogů obou typů škol v oblasti problematiky PPP velmi podobná a ne tak vysoká, jak by se dalo očekávat, vzhledem k tomu, že většina pedagogů uvedla pozitivní výskyt PPP u žáků. Učitelé chybovali především v otázkách zaměřených na roli školy a pedagogů v oblasti prevence a přístupu k žákům s PPP. To může souviset i s tím, že počet pedagogů, kteří uvedli, že na jejich škole probíhají školení zaměřené na tuto problematiku, je velice nízký.

Nejvíce překvapivým je množství pedagogů, kteří se domnívají, že jsou kompetentní řešit případy svých žáků s PPP. To může být způsobeno nesprávným pochopením otázky, kdy se pedagogové mohli domnívat, že jsou dotazováni na to, zda mají v takovém případě upozornit rodiče žáka či odborníka, nebo se tím nemají zabývat. Jako problém se jeví také to, že více než polovina pedagogů nezná žádnou organizaci, která se problematikou zabývá.

Bakalářská práce naplnila své vytyčené cíle. Může sloužit pedagogům jako doplnění vědomostí v oblasti poruch příjmu potravy a zároveň jako výzva vedení škol, aby se u pedagogů více šířili povědomí v oblasti prevence a správných postupů

## Seznam použitých informačních zdrojů

BALADA, J. *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia: RVP G*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, c2007. ISBN 978-80-87000-11-3.

CENKOVÁ, T.; LANGROVÁ, M. *Jak přežít pubertu svých dětí*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2913-8.

COOPER, P. J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: Jak je překonat*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0706-1.

COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER-MURR, A. C. *Nursing care plans: guidelinesforindividualizingclient care acrosssthelifespan*. 9th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, c2014. ISBN 978-0-8036-3041-3.

FRAKOVÁ, S. ; DVOŘÁKOVÁ-JAN, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.

HERMOCHOVÁ, S. *Skupinová dynamika ve školní třídě*. Kladno: AISIS, c2005. ISBN 80-239-5612-4.

HŘIVNOVÁ, M. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4034-7.

KOCOURKOVÁ, J. Poruchy příjmu potravy. In: ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D., *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy In: HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0233-9.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-627-7

KRCH, F. D. *SOS nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Granit, 1993. ISBN 80-85805-12-x.



KRCH, F. D.; MARÁDOVÁ E. *Poruchy příjmu potravy: Výchova ke zdraví; Příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2003

KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. In: *Medicína pro praxi*. 2007. 4 (10). s. 420-422

KVIATKOVSKÁ, K., ALBRECHT, J., PAPEOVÁ, H. *Psychogenní přejídání, Současné a alternativní možnosti terapie*. In: *Česká a slovenská psychiatrie*. 2016. 112(6). s. 275–279

LADISHOVÁ, L. C. *Strach z jídla: Jak odhalit anorexii a bulimii? Jak jim předcházet a jak ji léčit?* Epos, 2006. ISBN 80-89191-53-3.

MACEK, P. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MALACH, J. *Teorie metodiky výchovy*. Vyd. 2., upr. a dopl. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-93-8.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.

MYNAŘÍKOVÁ, L. *Nezdravá touha po zdraví*. In: *Psychologie dnes*. 2017; 23(11); Praha: Portál. ISSN 1211-5886.

NMEČKOVÁ, P. *Poruchy příjmu potravy*. In: *Psychiatrie pro Praxi*. 2007; 8; s. 155-157.

NEVORAL, J. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H H, 2003. ISBN 80 -86-022-93-5.

NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEOVÁ, H. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEOVÁ, H. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEOVÁ, H . et al. *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4904-7.

PAPEOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEOVÁ, H. ; HANUSOVÁ, J. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-98-9.

PILAŘ, J. Prevence rizikového chování. In: BAÁN, P., HAVRDOVÁ, E., *Nejlepší praxe školních programů prevence kriminality: studijní materiál pro projekt "Vzdělávání v oblasti přenosu nejlepší praxe prevence kriminality a sociálního začlenění mládeže"*. Praha: Centrum pro veřejnou politiku, 2009. s. 49-61. ISBN 978-80-254-6488-5.

PROCHÁZKA, R. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3.

RABOCH, J.; ZVOLSKÝ P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.

SEDLÁKOVÁ, R. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2014. *urnalistika a komunikace*. ISBN 978-80-247-3568-9.

SLEPIČKA, P.; HOŠEK, V.; HÁTLOVÁ, B. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1290-9.

TOD, D.; THATCHER, J.; RAHMAN, R. *Psychologie sportu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024739236.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VRÁNOVÁ, D. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1

## Seznam použitých internetových zdrojů

BENNETT, S. L. *What is Orthorexia Nervosa?* In: *Gaudiani Clinic* online. 2018 cit. 2020 - 07-12. Dostupné z: <http://www.gaudianiclinic.com/gaudiani-clinic-blog/2018/6/13/what-is-orthorexia-nervosa>

CENTRUM ANABELL. *Co mám dělat? (Pedagog)*. Centrum Anabell online. 2020 cit. 2020-06-03. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/components/comjshopping/files/demoproducts/comamdelatpedagog.pdf>

HRICZ, M. et al. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu* online. Praha: Pražské centrum primární prevence, 2010 cit. 2020 -07-12. Dostupné z: <https://www.google.com/urlsatrtctjquesrcsourcewebcdved2ahUKEwiKhq7dxMjqAhFnFwKHTjmCBoFjACegIAhABurlhttp%3A%2F%2Fwww.msmt.cz%2Ffile%2F16437%2Fdownload%2FusgAOvVaw2AZZzho-mONGjSAw6PD1n>

LETOCHOVÁ, K. *Anna už není jen jméno*. E-bezpeci online. 2012 cit. 2020 -06-03. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevy-spojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/562-annauznenijenjmeno>

MŠMT. Příloha 3: Poruchy příjmu potravy, Co dělat, když – intervence pedagoga. MŠMTonline. cit. 2020 -07-12. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/uploads/Priloha3poruchyprijmupotravy.doc>

MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/01 Zdravotnický asistent* online. Praha: MŠMT, a2008 cit. 2020-06-03. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>

MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/02 Nutriční asistent* online. Praha: MŠMT, b2008 cit. 2020-06-03. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP3vlna/RVP%205341M02%20Nutricni%20asistent.pdf>

MŠMT. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání 53-41-M/03 Praktická sestra* online. Praha: MŠMT, c2008 cit. 2020-06-03. Dostupné z: <http://zpd.nuov.cz/RVP7vlna/RVP5341M03Praktickasestra.pdf>

PROCHÁZKOVÁ, L. *Základní metodika: Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví*. Občanské sdružení Anabell online. 2011 cit. 2020 -06-

<http://knihovna.anabell.cz/component/jshopping/product/view/1/90Itemid0>

REGENERMELOVÁ, L. *Orthorexie*. Zdrave.cz online. 2011 cit. 2020 -06-01. Dostupné z: <https://zdrava-vyziva.zdrave.cz/orthorexie/>

RYMAN, F. V. M.; CESUROGLU T.; BOOD Z. M.; SYURINA, E. V. *Orthorexia Nervosa: Disorder or Not? Opinions of Dutch Health Professionals*. *Frontiers In: Psychology* online. 2019, **10** cit. 2020 -07-12. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00555. ISSN 1664 -1078. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.00555/full>

ŠVDOVÁ, J. ; MIČOVÁ L. *Poruchy příjmu potravy: Manuál pro pedagogy*. Občanské sdružení Anabell online. 2010 cit. 2020 -06-03. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833manualpropedagogy.pdf>

ÚZIS ČR. *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017*. ÚZIS ČR online. Praha, 2018 cit. 2020 -06-03. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai201808poruchyprijmupotravy2011a2017.pdf>

ZAPLETALOVÁ, J. *Školní poradenská pracoviště (ŠPP)*. NÚV online. cit. 2020 -07-12. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolni-poradenska-pracoviste>

## **Použité zkratky**

AN – anorexia nervosa

ARFID – Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

BN – bulimia nervosa

DSM – Diagnostic and Statistical Manual (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)

MA – mentální anorexie

MB – mentální bulimie

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PP – preventivní program

PPP – poruchy příjmu potravy

RVP – rámcový vzdělávací program

SZŠ – střední zdravotnické školy

ŠVP – školní vzdělávací program

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 1 .....	33
Tabulka 2: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 2 .....	34
Tabulka 3: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 3 .....	34
Tabulka 4: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 4 .....	35
Tabulka 5: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 5 .....	35
Tabulka 6: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 6 .....	35
Tabulka 7: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 7 .....	36
Tabulka 8: Školní vzdělávací programy jednotlivých oborů školy č. 8 .....	36
Tabulka 9: Školy s explicitně zmíněnou problematikou PPP v kurikulu .....	38
Tabulka 10: Počet škol, které mají v PP obsaženou problematiku PPP .....	39
Tabulka 11: Zastoupení počtu odpovídajících mužů a žen .....	40
Tabulka 12: Místo působení respondentů .....	41
Tabulka 13: Vyučovací předměty podle počtu výskytů v odpovědích respondentů .....	42
Tabulka 14: Definice PPP uvedené respondenty .....	44
Tabulka 15: Počet výskytů jednotlivých typů PPP v odpovědích respondentů .....	47
Tabulka 16: PPP jako psychické onemocnění .....	48
Tabulka 17: PPP jako módní výstřelek/póza pubertálních dětí .....	49
Tabulka 18: Setkání respondentů se žákem či žákyní s PPP během učitelské praxe .....	50
Tabulka 19: Aktuální výskyt PPP na škole .....	51
Tabulka 20: Definice a projevy mentální anorexie uváděné respondenty .....	52
Tabulka 21: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální anorexie .....	54
Tabulka 22: Definice a projevy mentální bulimie uváděné respondenty .....	55
Tabulka 23: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální bulimie .....	56
Tabulka 24: Příčiny vzniku PPP uváděné respondenty .....	58
Tabulka 25: Školní prostředí jako rizikový faktor vzniku PPP .....	59

Tabulka 26: Kolektiv třídy jako rizikový faktor vzniku PPP .....	60
Tabulka 27: Pedagogové jako rizikový faktor vzniku PPP .....	61
Tabulka 28: Pedagogové jako faktor prevence vzniku PPP .....	63
Tabulka 29: Důležitost zahrnutí problematiky PPP ve výuce dle respondentů .....	64
Tabulka 30: Povinnost školy řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů .....	65
Tabulka 31: Kompetence učitele řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů .....	66
Tabulka 32: Vybrané kontakty respondentů v případě důvodného podezření na PPP u žáka střední zdravotnické školy .....	68
Tabulka 33: Vybrané kontakty respondentů v případě důvodného podezření na PPP u žáka gymnázia .....	69
Tabulka 34: Sledování žáka/žákyně s potvrzenou diagnózou PPP při stravování ve škole ....	70
Tabulka 35: Informovanost kolegů o problematice PPP .....	71
Tabulka 36: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro pedagogy na škole .....	72
Tabulka 37: Informovanost žáků o problematice PPP .....	74
Tabulka 38: Předpokládaná informovanost respondentů o problematice PPP .....	75
Tabulka 39: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro žáky na škole .....	76
Tabulka 40: Organizace, které se zabývají problematikou PPP uváděné respondenty .....	77
Tabulka 41: Počet správných odpovědí pedagogů v jednotlivých otázkách .....	80

## Seznam grafů

Graf 1: Vyučovací předměty podle počtu výskytů v odpovědích respondentů .....	43
Graf 2: Definice PPP uvedené respondenty .....	45
Graf 3: PPP jako psychické onemocnění .....	48
Graf 4: PPP jako módní výstřelek/póza pubertálních dětí .....	49
Graf 5: Definice a projevy mentální anorexie uváděné respondenty .....	53
Graf 6: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální anorexie .....	54
Graf 7: Schopnost respondentů rozpoznat projevy mentální bulimie .....	56
Graf 8: Příčiny vzniku PPP uváděné respondenty .....	58
Graf 9: Pedagogové jako rizikový faktor vzniku PPP .....	62
Graf 10: Pedagogové jako faktor prevence vzniku PPP .....	63
Graf 11: Kompetence učitele řešit případy svých žáků s PPP dle respondentů .....	67
Graf 12: Informovanost kolegů respondentů o problematice PPP .....	71
Graf 13: Organizace seminářů/ kurzů s tematikou PPP pro pedagogy na škole .....	73
Graf 14: Informovanost žáků o problematice PPP .....	74
Graf 15: Úspěšnost respondentů v jednotlivých otázkách .....	81
Graf 16: Průměrná úspěšnost v odpovědích .....	82



## **Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník .....	1
---------------------------	---

## Příloha 1: Dotazník

Dotazník pro účely bakalářské práce na téma Poruchy příjmu potravy z pohledu učitelů vybraných středních škol

Vážené dámy, vážení pánové,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Jsem studentkou speciální pedagogiky a českého jazyka na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy a následující dotazník zjišťuje názor pedagogů na roli školního prostředí v problematice poruch příjmu potravy (PPP). Dotazníkové šetření je určeno výlučně pedagogům **gymnázií a středních škol zdravotnických**.

U otázek s výběrovou odpovědí označte tu odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňujete. Prosím, abyste vybrali pouze **jednu**. U několika otázek Vás prosím o zformulování Vašeho osobního názoru.

Své odpovědi prosím uvádějte pravdivě, aby nedošlo ke zkreslení výsledků šetření. Dotazník je anonymní.

Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Anna Vlčková

**1. Jakého jste pohlaví?**

- a. žena
- b. Muž

**2. Na jakém typu školy pracujete?**

- a. SŠ zdravotnická
- b. Gymnázium

**3. Které předměty vyučujete?**

**4. Stručně definujte, co jsou poruchy příjmu potravy (PPP):**

**5. Uveďte všechny typy poruch příjmu potravy, které znáte:**

**6. Jsou PPP psychickým onemocněním?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**7. Jsou PPP módním výstřelkem/ pózou pubertálních dětí?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**8. Setkal/a jste se při své praxi se žákem či žákyní s PPP?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**9. Je na Vaší škole v současné době žák/ žákyně s PPP?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**10. Co je to mentální anorexie a jak se projevuje?**

**11. Dokázal/a byste u žáka/žákyně rozpoznat projevy mentální anorexie?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**12. Co je to mentální bulimie a jak se projevuje?**

**13. Dokázal/a byste u žáka/žákyně rozpoznat projevy mentální bulimie?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**14. Jaké jsou příčiny vzniku PPP?**

**15. Myslíte si, že školní prostředí může přispívat ke vzniku PPP (být tzv. rizikovým faktorem)?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**16. Může kolektiv třídy (spolužáci) přispívat ke vzniku PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**17. Mohou pedagogové přispívat ke vzniku PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**18. Mohou pedagogové předcházet vzniku PPP u svých žáků?**

- a. Určitě ano

- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**19. Je důležité o problematice PPP vyučovat?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**20. Je škola povinná řešit případy svých žáků s PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**21. Je v kompetenci učitele řešit případy svých žáků s PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**22. V případě důvodného podezření na PPP u žáka byste kontaktoval/a:**

**a. Vedení školy**

Určitě ano – Spíš ano – Nevím – Spíš ne – Určitě ne

**b. Rodiče žáka**

Určitě ano – Spíš ano – Nevím – Spíš ne – Určitě ne

**c. Odborníka (školního psychologa, metodika prevence, ...)**

Určitě ano – Spíš ano – Nevím – Spíš ne – Určitě ne

**23. Sledoval/a byste, při potvrzené diagnóze PPP u žáka/žákyně, bedlivěji jeho/její stravování ve škole?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**24. Jsou podle Vás pedagogové na Vaší škole dostatečně informováni o problematice PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne

- e. Určitě ne

**25. Probíhají na Vaší škole semináře/kurzy pro pedagogy, které se zabývají tématem PPP?**

- a. Ano, pravidelně 1x ročně.
- b. Ano, dle potřeby (při objevení nového případu).
- c. Neprobíhají
- d. Nevím

**26. Jsou podle Vás žáci na Vaší škole dostatečně informováni o problematice PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**27. Cítíte se Vy sám/a být dostatečně informován/a a vzdělán/a v problematice PPP?**

- a. Určitě ano
- b. Spíš ano
- c. Nevím
- d. Spíš ne
- e. Určitě ne

**28. Probíhají na Vaší škole preventivní programy/semináře/besedy, které žáky s tematikou PPP seznamují?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím



**29. Znáte organizace, které se zabývají problematikou PPP? Pokud ano, uveďte je:**

**30. Chcete k problematice PPP ještě něco dodat?**